Health Canada Santé Canada

Program Evaluation Division
Policy and Consultation Branch

Division de l'évaluation des programmes
Direction générale des politiques et de la consultation

EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA CONTRIBUTION DE SANTÉ CANADA À LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

JUIN 1995

Canada

MISSION STATEMENT

The Program Evaluation Division helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

La Division de l'évaluation des programmes aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00977/

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

EXAMEN À MI-PARCOURS DE LA CONTRIBUTION DE SANTÉ CANADA À LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

JUIN 1995

STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative adoptée pour une période déterminée de cinq ans, qui vise à améliorer l'efficacité des programmes antidrogue au Canada. Sept ministères fédéraux participent à sa mise en oeuvre. Ce projet était précédé de la Stratégie nationale antidrogue, lancée en 1987 et qui a pris fin en mars 1992. La Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue est une version renouvelée et modifiée de la première initiative, et sa mise en oeuvre s'étend de 1992 à 1997. Les ministères fédéraux suivants jouent un rôle dans la mise en oeuvre de la Stratégie : Santé Canada, le Solliciteur général du Canada (y compris la Gendarmerie royale du Canada et le Service correctionnel du Canada), Revenu Canada, Douanes et Accise, Développement des ressources humaines Canada, Affaires étrangères et Commerce international Canada, Justice Canada et Patrimoine canadien.

Le présent rapport porte sur l'examen à mi-parcours de la contribution de Santé Canada à la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. Son objet est double : d'abord, satisfaire à l'exigence dont le Conseil du Trésor a assorti sa décision, prise en 1992, d'allouer des fonds à Santé Canada pour la poursuite de la Stratégie canadienne antidrogue; ensuite, au mi-temps de la Phase II, fournir à Santé Canada de l'information lui permettant de conclure soit qu'il faut poursuivre la Stratégie telle quelle soit qu'il faut la modifier et comment.

La Stratégie canadienne antidrogue se présente comme une expérience menée par le gouvernement fédéral pour faire en sorte que les interventions canadiennes axées sur l'alcool et les autres drogues réussissent mieux à réduire les torts causés par l'abus de l'alcool et d'autres drogues aux personnes, aux familles et aux collectivités. Elle tablera sur les programmes en place plutôt que d'en introduire de nouveaux. Pour obtenir les améliorations souhaitées, elle prévoit déployer des efforts essentiellement sur quatre fronts : choix des groupes cibles, coordination, information et ressources. Conformément à la décision du Conseil du Trésor et du Comité directeur chargé de l'évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue, le présent rapport ne porte que sur les améliorations qui doivent être apportées dans ces quatre secteurs. Ainsi, les questions soulevées par l'examen à mi-parcours relèvent surtout de la façon de procéder, l'accent étant mis sur l'amélioration de l'efficacité. Il ne s'agit pas ici de l'efficacité des divers programmes qui font partie de la Stratégie, mais plutôt de l'intérêt accru que représente le regroupement de ces composantes dans une initiative interministérielle. Comme on n'aura pas accès aux données permettant de mesurer l'efficacité avant que l'évaluation finale ne soit réalisée, seule cette étude de plus grande envergure tentera de déterminer dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue a atteint ses objectifs.

RÔLE DOUBLE DE SANTÉ CANADA DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Santé Canada assume deux rôles dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. D'une part, il met en oeuvre des programmes axés sur l'alcool et les autres drogues, et, d'autre part, il est reconnu comme le ministère responsable de la Stratégie. Ce rôle de premier plan joué par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie revêt une importance symbolique, en ce qu'il confirme que l'abus de l'alcool et d'autres drogues est perçu comme un problème de

santé. Toutefois, ce rôle implique également que c'est à Santé Canada revient la responsabilité de rédiger l'ébauche du Mémoire au Cabinet, d'abriter le Secrétariat de la Stratégie, d'intervenir auprès du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies tout en lui laissant son autonomie, de coordonner l'évaluation et de mener les diverses activités liées à chacune de ces fonctions.

Pour demeurer le chef de file dans les faits, encore faut-il pouvoir continuer de jouer le premier rôle sur le plan politique, ce qui est le principal moyen de s'assurer que l'abus de substances demeure assimilé à un problème de santé et que les objectifs axés sur la santé de la Stratégie canadienne antidrogue demeurent primordiaux. Le budget de la Phase II consacré à la réduction de la demande a légèrement diminué, parallèlement à une augmentation des fonds affectés à l'application de la loi, qui a profité surtout aux nouvelles unités intégrées antidrogue axées sur les profits des trafiquants. Étant donné l'importance accrue accordée à la lutte contre le déficit au moment de la conception des programmes gouvernementaux, on peut s'attendre à ce que les restrictions visent davantage les programmes orientés vers la réductions de la demande, dont les effets ne peuvent se faire sentir dans l'immédiat, plutôt que les programmes antidrogue axés sur les profits des trafiquants, qui ont au moins l'avantage de produire des résultats à court terme. Si la Stratégie évoluait de telle manière que l'aspect application de la loi aurait préséance sur l'aspect santé, Santé Canada risquerait de ne plus jouer un rôle de chef de file.

Le Secrétariat

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue revêt une importance stratégique pour Santé Canada en ce qu'il l'aide énormément à assumer quotidiennement son rôle de premier plan dans le cadre de la Stratégie. Le mandat qu'il s'est vu attribuer par le Mémoire au Cabinet comprend quatre volets : communications, coordination, collecte de données et évaluation. Le présent résumé et le rapport traitent du travail accompli par le Secrétariat sur ces quatre fronts, en ce qu'il concerne la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue. Le rapport interministériel sur les activités du Secrétariat, qui touche à l'ensemble de la Stratégie antidrogue, déborde le cadre de Santé Canada.

OBJECTIFS DU PROGRAMME

Pour mieux rentabiliser ses opérations, la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue prévoyait entre autres mieux choisir les groupes cibles de ses programmes. Le plan présenté dans le Mémoire au Cabinet consistait à faire en sorte que certains de ses programmes s'adressent non plus à l'ensemble de la population mais à des sous-groupes à haut risque. S'agissant d'une Stratégie dont le but premier est de réduire les torts, cette approche devrait être plus rentable qu'une démarche qui «vise» tout le monde dans l'espoir de toucher les sujets à haut risque ou qui tente d'empêcher que des sous-groupes à faible risque ne deviennent à haut risque. Dans le secteur précis des drogues, l'objectif est de privilégier la prévention secondaire par rapport à la prévention primaire. Ce changement de cap est important et, dans une certaine mesure, controversé. L'idée d'axer les efforts sur les populations à haut risque, c'est-à-dire sur celles qui consomment déjà de l'alcool et d'autres drogues ou qui en font un usage abusif, est rejetée par certains qui continuent de penser qu'il est plus efficace

d'empêcher que les abstinents ne finissent par devenir des consommateurs. Au nombre des partisans de la prévention primaire figurent des groupes d'intérêt spécial et quelques provinces et territoires qui donnent la primauté à la promotion de l'abstinence par rapport à la diminution des torts. Il faut cependant souligner que la décision de donner une telle orientation à la Stratégie antidrogue a été prise de concert avec les provinces et les territoires qui, pour la plupart, y ont souscrit pleinement.

Cette décision est conforme à l'orientation globale que s'est donnée la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue au chapitre de l'abus de substances au Canada, à savoir la réduction des torts. Sans fermer les yeux sur les toxicomanies, cette orientation reconnaît qu'il s'agit d'une réalité sociale et part du principe qu'il est irréaliste de s'attendre à ce que des programmes qui visent l'abstinence donnent des résultats concluants (sauf auprès des enfants) dans un milieu confronté à des problèmes de toxicomanie. Il revient à l'évaluation définitive de la Stratégie canadienne antidrogue de tenter de mesurer l'efficacité de ce changement d'orientation.

Suivi de la Direction générale

C'est uniquement à la Direction générale des programmes et des services de santé que l'orientation des programmes a été modifiée de manière radicale à Santé Canada. Cette direction générale a choisi de cibler ses programmes sur cinq groupes à haut risque : les enfants, les jeunes et les jeunes adultes, surtout les jeunes marginaux (jeunes de la rue, décrocheurs, sans abri); les femmes, surtout celles qui font un mauvais usage des médicaments prescrits et/de l'alcool ou qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues pendant leur grossesse; les personnes âgées qui consomment les médicaments prescrits à tort et à travers ou qui associent médicaments et alcool; les Autochtones qui vivent hors-réserve et les personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies. La Direction générale répond aux besoins de chacun de ces groupes, quoique à des degrés divers, selon le programme en question.

La Direction générale des services médicaux s'occupait déjà de l'un de ces groupes, et les efforts déployés par la Direction générale de la protection de la santé en vue de faciliter l'application de la loi ne sont pour ainsi dire pas touchés par ces changements de groupes cibles. Toutefois, ces deux Directions générales devraient songer aux avantages que pourrait procurer une sélection plus serrée des groupes cibles de leurs programmes. Ces possibilités ne semblent pas avoir été retenues par ces Directions générales à l'étape de la conception des programmes qui relèvent de la Phase II. On peut s'attendre à ce que les prochaines années soient marquées au coin des compressions budgétaires. Aussi, le ciblage sélectif devrait demeurer un moyen important d'exploiter le plus judicieusement possible les rares ressources que l'on possède.

Stratégies axées sur la santé de la population

Santé Canada a récemment créé les Stratégies d'amélioration de la santé de la population, l'un des quatre secteurs d'activité présentés dans le cadre de son premier Plan d'activités soumis au Conseil du Trésor en 1995. Ce secteur d'activité pourrait entraîner un changement de politique décisif au ministère, compte tenu surtout des déterminants actuels du modèle de santé qui sert à expliquer l'état de santé de la population. L'accent nouvellement mis sur la santé

de la population et les déterminants de son état de santé ont des répercussions qui restent encore à préciser, plus particulièrement en ce qui concerne le rôle de Santé Canada dans la Stratégie canadienne antidrogue.

Malgré tout, on peut, sans trop de risque de se tromper, affirmer que l'élaboration de ces politiques devrait s'accompagner d'une définition de l'orientation des programmes. Si l'on changeait radicalement d'orientation pour mettre l'accent sur la santé de la population, en tenant compte des déterminants de la santé qui sous-tendent une telle approche, on pourrait s'intéresser davantage aux populations touchées qu'aux problèmes de santé. C'est pourquoi, au lieu de concentrer ses efforts sur des problèmes de santé précis comme les toxicomanies, la violence familiale, les carences nutritionnelles ou le sida, on pourrait plutôt se pencher sur des sous-populations qui ont en commun une série de déterminants de la santé qui engendrent une multiplicité de problèmes de santé. Dans l'état actuel des choses, il est fréquent que différents programmes visent les mêmes groupes cibles. La question est de savoir qui devrait avoir la responsabilité de définir les conséquences de ces changements de politique sur les programmes axés sur les toxicomanies mis en oeuvre à Santé Canada.

RECOMMANDATION

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devrait, de concert avec les responsables des Stratégies d'amélioration de la santé de la population, prendre l'initiative d'expliquer de manière détaillée les répercussions, sur les programmes antidrogue, du Plan d'activités de Santé Canada et de sa décision de faire des stratégies d'amélioration de la santé de la population un secteur d'activité qui repose sur les principaux déterminants de la santé, tels qu'ils sont définis actuellement. Ce projet devrait s'attacher à décrire les conséquences de ces facteurs sur l'orientation des programmes.

Ce projet impliquerait nécessairement la réalisation de recherches sur la santé de la population et sur les déterminants de la santé, de concert avec des spécialistes en la matière. Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue pourrait confier ce travail à des contractuels.

COORDINATION

Le travail d'évaluation déjà accompli et celui qui reste à faire reposent sur le principe que la Stratégie canadienne antidrogue doit indiscutablement assumer un rôle de coordination. En effet, c'est la coordination qui intégrera une série de programmes distincts axés sur l'alcool et les drogues à une seule stratégie; sans coordination, la stratégie ne peut exister qu'en principe. La coordination fait partie intégrante des stratégies, et c'est de son efficacité que dépend la réussite de cette expérience interministérielle qui touche les programmes.

Imprécision des objectifs

La coordination devait être un élément clé de la Phase I de la Stratégie canadienne antidrogue; or, on a jugé qu'elle laissait à désirer et que la Phase II devait lui faire une place plus grande. D'où la décision du gouvernement de créer le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Si le Mémoire au Cabinet précise que la Stratégie doit être coordonnée et confie au Secrétariat le

mandat d'assurer la coordination, il n'offre aucune précision ou explication au sujet des objectifs de la coordination, et, depuis, aucun objectif n'a été défini et accepté par les responsables de la Stratégie. Cette lacune a affecté la Stratégie, dans son ensemble, et ainsi que les éléments mis en oeuvre à Santé Canada. Au début de la Phase II, les responsables de Santé Canada ne savaient pas quels étaient les activités de coordination ou les résultats qu'on attendait d'eux. Tel est toujours le cas.

Un autre problème grave se pose, à savoir le manque de définition des rôles et des responsabilités que doit assumer le Secrétariat à Santé Canada et auprès des autres partenaires fédéraux, en matière de coordination. Son rôle de coordination n'a que partiellement été admis à Santé Canada, et même dans ce cas, il semble se limiter à la coordination de politiques générales. Autrement dit, sa contribution à la coordination des programmes ne semble pas appréciée.

Les provinces

Les provinces ont un rôle extrêmement important à jouer dans le cadre des programmes de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies au Canada. Avec la dissolution du Comité consultatif des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, le principal mécanisme de coordination intergouvernementale de ces questions a disparu. Il n'a pas depuis été remplacé par un autre mécanisme. Au cours des entrevues, les provinces et les territoires ont tous soutenu que la coordination s'était détériorée depuis le début de la Phase II. Au moment où ce résumé a été rédigé, on n'avait pas clairement déterminé qui était responsable de la coordination fédérale-provinciale en matière de politiques et de programmes axés sur les drogues. Alors que la coordination est devenue plus compliquée, elle est plus importante que jamais, étant donné les mesures adoptées par de nombreuses provinces en vue de décentraliser les soins de santé, y compris les services de lutte contre les toxicomanies.

Emplacement du SSCA

Lorsqu'on s'interroge sur la capacité de coordination du Secrétariat, la question de son emplacement se pose nécessairement. On peut se demander si la fonction centrale de coordination d'une initiative interministérielle devrait être assumée par l'un des ministères participants. Au gouvernement fédéral, les organismes chargés de la coordination d'initiatives interministérielles ont traditionnellement été installés dans les locaux du ministère reconnu comme le chef de file. Ainsi, la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées est coordonnée au Ministère du développement des ressources humaines du Canada. Dans le cas qui nous intéresse, Santé Canada a été désigné le chef de file; c'est pourquoi il semble très logique que le Secrétariat de la Stratégie antidrogue soit situé dans les locaux de ce ministère, et ce, d'autant plus que Santé Canada met en oeuvre des programmes axés tant sur la diminution de l'offre que sur la réduction de la demande.

La question de l'emplacement se pose également à Santé Canada même. En effet, le ministère compte trois directions générales hiérarchiques qui mettent en oeuvre des programmes distincts qui misent aussi bien sur la réduction de l'offre que sur la diminution de la demande, dans le cadre de la Stratégie antidrogue. Au départ, le Secrétariat rendait compte directement au sous-ministre; ensuite, il a relevé du sous-ministre adjoint (1992), du sous-ministre adjoint de la

Direction générale des politiques et de la consultation (1993). Dans ces cas, le Secrétariat ne dépendait nullement des directions générales hiérarchiques qui administraient les programmes de la Stratégie antidrogue. En 1994, il a été réinstallé dans les locaux de la Direction générale des programmes et des services de santé, et rendait compte au sous-ministre adjoint. Il répond maintenant au Directeur général de ce même service. Cette réinstallation étant très récente, il est encore trop tôt pour déterminer les effets qu'elle aura sur les capacités de coordination du Secrétariat.

L'examen à mi-parcours a cependant fait ressortir la perception que l'on a au Secrétariat, à savoir que son rôle de coordonnateur de la Stratégie a été affaibli parce qu'il s'est retrouvé dans l'une des directions générales hiérarchiques de Santé Canada qui joue un rôle de premier plan à l'égard du volet réduction de la demande de la Stratégie canadienne antidrogue. C'est ce qui explique que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue ait plus de difficulté à convaincre d'autres partenaires de Santé Canada et d'autres ministères fédéraux qu'il agit pour l'ensemble de la Stratégie. Il lui est difficile de convaincre d'autres ministères qu'il défend leurs points de vue et non seulement ceux de Santé Canada, comme il a du mal à convaincre Santé Canada qu'il représente aussi ses positions.

On ne sait pas au juste dans quelle mesure ces changements organisationnels ont eu une incidence sur la capacité du Secrétariat d'assurer la coordination entre les ministères fédéraux. L'examen à mi-parcours n'a pas tenté explicitement de faire la lumière sur cette question. Par contre, c'est un sujet qui semble suffisamment important pour mériter d'être étudié lors de l'évaluation finale, lorsque les effets de ces changements seront plus évidents.

Une confusion persiste au sujet des rôles du Secrétariat et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies. Depuis des années, un certain mystère entoure les rôles respectifs de ces deux organismes en dépit des efforts entrepris par les deux organismes pour clarifier leurs mandats et les éléments qui les distinguent. Le compte rendu de l'évaluation du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies (1993) fait allusion à cette situation (pp. 53 à 57). Ces problèmes ne peuvent que nuire à la capacité du Secrétariat d'agir à titre de coordonnateur et restreindre les avantages que les Canadiens devraient tirer de la coordination des activités des sept ministères participants au chapitre de la lutte contre les drogues. Si le nom du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devait changer en raison de la nouvelle structure de la Direction générale, la confusion concernant ses rôles et ses responsabilités pourrait s'en trouver accrue.

Activité de coordination

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a entrepris des activités de coordination au sein de Santé Canada. (Là encore, le rapport traite de son travail de coordination interministérielle.) En voici quelques exemples :

- tenue de conférences et d'ateliers sur les méthodes d'intervention les plus efficaces auprès des jeunes marginaux;
- préparation, de concert avec des représentants de programmes axés sur les drogues et de programmes traitant de problèmes connexes (comme

le sida et la violence familiale), d'un document de principe sur la réduction des torts, à l'intention de Santé Canada;

- travaux réalisés avec le concours de représentants de la Direction générale pour régler les questions d'ordre politique liées au Projet de loi C-7, qui doit remplacer la Loi sur les stupéfiants et les Parties III et IV de la Loi sur les aliments et drogues.

Un travail énorme de coordination est accompli à la Direction générale des programmes et des services de santé, essentiellement par l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues. Ses activités touchent surtout cette Direction générale, mais elle a également travaillé, en collaboration avec la Direction générale des services médicaux, à l'élaboration de programmes destinés aux Autochtones vivant hors réserve. La Direction générale de la protection de la santé s'est moins occupée de coordonner son travail avec celui des autres directions générales ou du Secrétariat. Cette situation était particulièrement évidente au moment de la rédaction du Projet de loi C-7; la Direction générale de la protection de la santé n'a pas fait grand-chose pour faire participer les autres directions générales à ces travaux qui les concernent pourtant, surtout au chapitre des politiques.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer et de promouvoir la coordination de la Stratégie canadienne antidrogue à Santé Canada et faire en sorte que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue s'acquitte mieux de son mandat en matière de coordination,

1a. Bien que l'évaluation finale tiendra compte de l'incidence de l'emplacement du Secrétariat sur sa capacité de promouvoir la coordination, Santé Canada devrait entre-temps déterminer si, aussi longtemps qu'il relèvera d'une Direction générale hiérarchique, le Secrétariat sera le mieux placé pour assurer la coordination de la Stratégie, tant au Ministère qu'à l'extérieur de celui-ci.

1b. Santé Canada devrait déterminer comment le Secrétariat peut, aussi longtemps qu'il demeurera là où il est, collaborer le mieux possible avec toutes les Directions générales hiérarchiques du Ministère et les autres partenaires fédéraux afin d'exécuter son mandat à l'égard de la Stratégie canadienne antidrogue. Quelle que soit la structure dont il fera partie, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devrait conserver son nom.

2. Les rôles et les responsabilités du Secrétariat face aux programmes de la Stratégie antidrogue de Santé Canada devraient être précisés et les responsables de la Stratégie devraient en être informés.

3. Des objectifs précis en matière de coordination à Santé Canada et entre celui-ci et d'autres organismes fédéraux qui collaborent à la Stratégie canadienne antidrogue devraient être définis, communiqués et appliqués dans les plus brefs délais.

4. Il y aurait lieu de préciser et de faire connaître dans les plus brefs délais les responsabilités à l'égard de la coordination fédérale-provinciale-territoriale en matière de programmes et de

politiques de lutte contre les toxicomanies. Il faudrait songer à créer un organisme qui aurait pour responsabilité d'assurer la coordination entre ces ordres de gouvernement, surtout en ce qui concerne la réduction de la demande.

5. **Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devrait poursuivre et intensifier ses efforts en vue de trouver des occasions de coordonner des activités qui relèvent des programmes et de faire part de ces possibilités aux responsables des programmes.**

Il est entendu que la responsabilité de la coordination ne peut incomber uniquement au Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Elle doit également être assumée par les responsables de la Stratégie partout au Ministère et par des organismes tels que le Comité directeur et le Comité interministériel, qui ont pour mandat de faciliter la coordination.

INFORMATION

L'élaboration de politiques et de programmes et le choix des groupes cibles et la coordination des programmes passent nécessairement par l'accès à des données fiables. Des éléments d'information solides ont toujours été essentiels à la prise de décisions rationnelles, mais dans l'état actuel des choses, on en a également besoin pour offrir des services de la manière la plus rentable possible. Santé Canada a reçu de la Stratégie canadienne antidrogue un budget spécialement affecté à l'information. D'autres programmes ou organisations se sont également vu octroyer des fonds à cette fin :

- Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
- Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé
- L'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada
- Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Le Secrétariat s'est occupé entre autres de créer une base de données épidémiologiques sur l'alcool et les autres drogues, de mettre au point un modèle pour la collecte de données qui indiquent le coût économique des torts associés aux drogues et de coordonner les résultats de recherches sur les drogues réalisées au Canada et aux États-Unis. Ces projets sont menés à bien de concert avec d'autres organismes tels que le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues de la Direction générale des programmes et des services de santé.

Absence de planification en matière de gestion de l'information

Il semble y avoir un décalage entre les besoins en information de Santé Canada et les données et/ou les éléments d'information effectivement produits et, enfin, l'utilisation de cette information pour la prise de décisions. En termes plus généraux, ce qui semble faire défaut, c'est un plan qui intégrerait la production et l'utilisation de l'information aux objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue.

Les programmes de la Stratégie antidrogue de Santé Canada ne sont pas les seuls à être confrontés à ce problème. L'évaluation du Programme national de recherche et de développement en matière de santé a mis en évidence les

difficultés posées par la diffusion et l'utilisation de résultats de recherches, et l'examen des secteurs d'activité de Santé Canada en 1993-1994 a montré que la production et l'utilisation de l'information au Ministère laissaient à désirer. La Phase I de la Stratégie comportait une évaluation des besoins en information. Un document a été réalisé sur la question, mais il a apparemment été peu utilisé, en partie parce qu'il laissait entendre que la collecte des données serait une opération coûteuse. La Phase II n'utilise pas ce document; elle ne l'a pas non plus remplacé. Or, si on ne sait pas précisément quelles sont les données dont on a besoin et à quelles fins et qui s'en servira, le Ministère et la Stratégie antidrogue risquent de prendre des décisions à la lumière de données insuffisantes, ou de gaspiller des fonds à produire des données dont on n'a pas besoin, qui ne sont pas utilisées parce qu'elles ne sont pas convenablement diffusées ou présentées, ou qui sont produites ailleurs.

Il existe cependant des cas où l'échange de données est bénéfique malgré l'absence de planification de l'information au Ministère. Ainsi, le partage des responsabilités à l'égard des Autochtones vivant hors-réserve a donné lieu à un important échange d'information entre les directions générales chargées de concevoir des programmes pour cette population. Il y a aussi diverses tribunes d'échanges : les comités interministériels qui se réunissent afin d'échanger de l'information, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et son centre d'information sur les drogues et le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue.

RECOMMANDATIONS

Le Plan d'activités de Santé Canada pour 1995-1998 met l'accent sur le rôle de l'information dans la prise de décisions en renforçant son réseau d'information sur la santé et d'autres sources de renseignements afin que les décisions soient plus solidement étayées. Le Forum national sur la santé et l'actuelle politique du Conseil du Trésor qui est en cours de révision privilégient également la prise de décisions solidement étayées.

Dans cette perspective et étant donné que le Ministère doit prendre part aux décisions concernant le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue devrait entreprendre, de concert avec les responsables de la Stratégie à Santé Canada et avec les autres partenaires fédéraux, de définir systématiquement les besoins en information de la Stratégie canadienne antidrogue, de déterminer dans quelle mesure ces besoins sont comblés et quels sont les moyens à prendre pour améliorer la gestion de l'information et faciliter ainsi l'élaboration de programmes et de politiques de lutte contre les toxicomanies à Santé Canada.

RESSOURCES

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative adoptée pour une période déterminée. En cette époque de restrictions, on a davantage recours à ce genre d'initiatives comme mode de financement des programmes. En principe, les programmes d'une durée déterminée permettent au gouvernement de s'attaquer à des problèmes spéciaux sans se sentir lié par des projets qui supposent des dépenses à long terme. Dans le cas de la Phase I de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement a réagi à la gravité exceptionnelle des problèmes

attribués à l'alcool et à d'autres drogues au Canada. La Stratégie a été reconduite parce que le problème persistait, que l'approche équilibrée adoptée par la Stratégie était sensée et qu'il fallait doter la Stratégie d'une série d'objectifs plus précis pour qu'elle soit le plus efficace possible.

Les responsables de la Stratégie doivent cependant envisager la possibilité d'un non renouvellement et déterminer comment ils réagiraient si leurs budgets étaient considérablement réduits. La perte d'un supplément de fonds pourrait compromettre l'existence de la Stratégie, surtout le rôle de coordination qu'on voudrait la voir jouer. Il faut absolument reconnaître que la Stratégie ne dépend pas entièrement d'un supplément de fonds, que grâce aux autres mécanismes visant à améliorer les programmes, elle pourrait continuer d'exister même si ses fonds n'étaient pas renouvelés à la fin de la période de financement prévue. De plus, étant donné qu'une forte proportion des fonds accordés à la Stratégie est versée aux programmes qui bénéficiaient auparavant d'un budget de services votés, le non renouvellement de ses fonds à la fin de la période de financement prévue ne compromettrait pas automatiquement la survie des programmes qui en relèvent. La plupart des programmes de Santé Canada sont financés, du moins en partie, à même les budgets courants; très rares sont ceux qui sont entièrement financés par la Stratégie antidrogue. Les cas d'exception sont les programmes de la Direction générale des programmes et des services de santé.

RECOMMANDATION

Santé Canada devrait s'efforcer, même si les suppléments de fonds octroyés par la Stratégie canadienne antidrogue n'étaient pas renouvelés, de voir à ce que les autres mécanismes destinés à améliorer les programmes (ciblage, information et, surtout, coordination) soient maintenus à Santé Canada et auprès des partenaires fédéraux et à ce que cette responsabilité soit clairement confiée à une organisation.

TORTS CAUSÉS AUX PERSONNES PAR LES DROGUES

Lorsqu'elle a été lancée en 1987, la Stratégie canadienne antidrogue se voulait une mesure spécialement destinée à lutter contre une aggravation perçue des problèmes de toxicomanie au Canada. Le document cadre de 1992 décrivait une série de torts que la Stratégie devait s'efforcer de réduire, entre autres le décès prématuré. Les données sur la mortalité pour la période de 1987 à 1992, année la plus récente pour laquelle on possède des éléments d'information de Statistique Canada, ne nous donnent aucune raison d'être optimistes et devraient préoccuper les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue. Les chiffres cités ci-après visent essentiellement à illustrer une facette importante de l'environnement de la Stratégie; ils ne sont pas vraiment révélateurs de l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue ou du rôle que joue Santé Canada à l'égard de la Stratégie; par contre, ils rendent compte d'une situation sur laquelle doivent se pencher sans tarder les responsables de la Stratégie antidrogue.

DÉCÈS CONSÉCUTIFS À UNE SURDOSE AU CANADA, 1987-1992

Type de drogue	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Opiacés	56	55	58	82	133	148
Cocaïne	59	80	99	65	92	78
Barbituriques	45	34	34	29	30	29
Alcool	120	116	112	110	155	178
Tranquillisant	27	20	24	23	17	15

Bien que ces données de Statistique Canada indiquent une lente diminution de l'incidence des décès consécutifs à une surdose de barbituriques et de tranquillisants à base de benzodiazépines, les tendances relatives aux opiacés, surtout à l'héroïne, à la cocaïne et à l'alcool donnent matière à inquiétude. Depuis le lancement de la Stratégie antidrogue en 1987 et jusqu'en 1992, les décès attribuables à l'héroïne ont augmenté de 265 %; les décès causés par la cocaïne, de 32 % et les décès dus à l'intoxication alcoolique de 48 %. (Il importe de souligner que les décès consécutifs à une surdose ne représentent qu'un faible pourcentage des décès imputables à la consommation excessive d'alcool; il suffit à cet égard de songer aux cirrhoses du foie, à la conduite avec facultés affaiblies et aux actes de violence). Quelle qu'en soit la cause, ces tendances indiquent que la Stratégie canadienne antidrogue ne réussit pas encore à réduire le nombre de décès prématurés causés par ces drogues. Son approche globale, axée sur la réduction des torts, devrait avoir une incidence sur les causes de cette tendance inquiétante observée sur le plan de la mortalité associée aux drogues.

Décès attribuables aux drogues en Colombie-Britannique

Les situations dont rendent compte ces données qui ne s'appliquent pas au-delà de 1992 sont loin d'être les plus alarmantes. En effet, en Colombie-Britannique le nombre de décès consécutifs à une surdose a grimpé de manière marquée depuis 1992. Dans cette province uniquement, depuis 1993, les chiffres, comme le montre le tableau ci-dessous, sont saisissants.

Type de drogue	Décès
Héroïne	298
Cocaïne	106
Alcool	145
Total	549

Cette situation est évidemment extraordinaire et il n'est sans doute pas exagéré de la qualifier de critique puisque le nombre de décès consécutifs à une surdose dépasse de beaucoup les chiffres des années antérieures. Au moment où ce rapport a été rédigé, la Stratégie canadienne antidrogue n'avait prévu aucune

mesure officielle face à la situation de la Colombie-Britannique. La Stratégie canadienne antidrogue considère que la Colombie-Britannique est la seule autorité compétente en la matière, du moins jusqu'à ce que la province indique qu'une intervention du gouvernement fédéral s'impose. En conséquence, la Stratégie canadienne antidrogue choisit d'attendre un signal très clair de la Colombie-Britannique avant de réagir.

Le Ministère est traditionnellement intervenu auprès des provinces en période critique. Ces dernières années, il a réagi rapidement et efficacement aux dangers présentés par les moules avariées et les raisins importés ainsi qu'aux cataclysmes tels que la tornade qui s'est abattue sur Edmonton. On peut donc comprendre que l'on s'attende à ce que la capacité d'intervention soit la même dans le secteur des drogues, où les torts peuvent être très graves.

Or, il ne semble pas prévu que le gouvernement fédéral intervienne dans des cas d'urgence mettant en cause des drogues, que ce soit de son propre chef, ou de concert avec les provinces. En outre, comme nous l'avons signalé plus haut dans ce rapport, depuis la dissolution du Comité consultatif des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, il n'existe plus d'organisme clairement investi du mandat de la coordination fédérale-provinciale dans le secteur des drogues, y compris lorsque les circonstances sont exceptionnelles ou en cas d'urgence. La situation en Colombie-Britannique commande que les partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue, notamment le gouvernement fédéral et les provinces, se concertent pour intervenir lorsque les circonstances sont extraordinaires.

Dans le cas de la Colombie-Britannique, une approche axée sur la réduction des torts devrait donner des résultats intéressants. Il importe cependant de souligner que Vancouver n'est pas la seule ville où les taux de mortalité attribuable à une surdose ont récemment grimpé. Toronto et Montréal ont elles aussi vécu un phénomène analogue, quoique d'ampleur différente. En l'absence de plan ou de capacité organisationnelle, il semblerait que le partenariat fédéral-provincial doive entreprendre de définir ce que représente une approche axée sur la réduction des torts pour le gouvernement fédéral et comment les autorités fédérales et provinciales doivent agir de manière concertée dans des circonstances exceptionnelles.

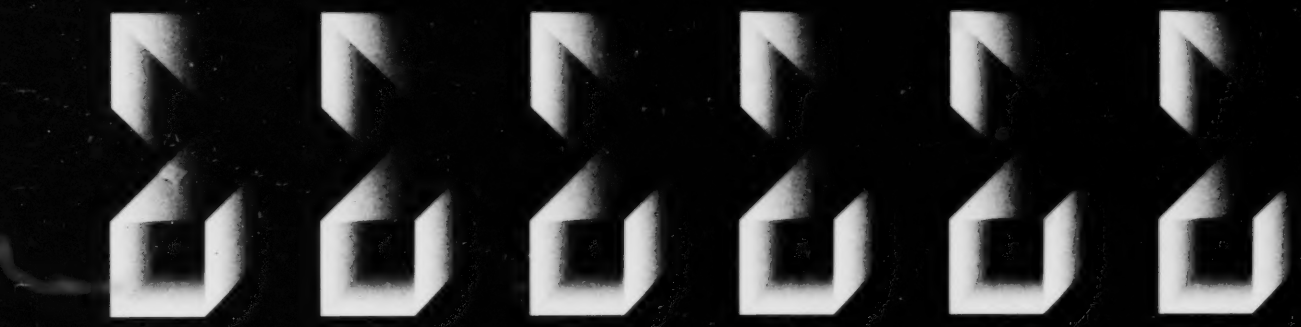
RECOMMANDATION

Les responsables de la Stratégie antidrogue de Santé Canada devraient s'employer, de concert avec le Comité directeur interministériel, le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue et les représentants des provinces, des territoires et des administrations municipales, à élaborer un plan d'action coordonné qui tienne compte des situations qui comportent des taux exceptionnellement élevés de torts causés par des drogues, comme cette profusion de décès consécutifs à une surdose observée sur une courte période.

Health Canada Sante Canada

Program Evaluation Division
Policy and Consultation Branch

Division de l'évaluation des programmes
Direction générale des politiques et de la consultation



RAPPORT DE L'EXAMEN À MI-PARCOURS

CONTRIBUTION DE SANTÉ CANADA À LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

JUIN 1995

Canada

MISSION STATEMENT

The Program Evaluation Division helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

La Division de l'évaluation des programmes aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

RAPPORT DE L'EXAMEN À MI-PARCOURS

CONTRIBUTION DE SANTÉ CANADA À LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

JUIN 1995

Groupe d'évaluation
Direction générale de la politique et de la consultation

Chronologie de l'exercice d'évaluation

Juin 1993	Fin de la collecte de données de base, remise d'un document de discussion au SSCA
Juin 1994	Préparation du mandat relatif à l'examen à mi-parcours
Juin 1994	Début de la collecte de données
Novembre 1994	Présentation des données à la Division de l'évaluation des programmes, Santé Canada, par *Educon Marketing and Research Systems*
Novembre 1995	Approbation du rapport final par le Comité de la vérification et de l'évaluation, Santé Canada

Responsables

La Division de l'évaluation des programmes était chargée de mener à bien ce projet. Howard Duncan était le directeur du projet, et c'est lui qui a rédigé le rapport.

Educon Marketing and Research Systems a organisé les rencontres de groupes de réflexion et la majorité des entrevues.

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a fourni des conseils et un soutien organisationnel.

Le Groupe de travail de Santé Canada pour la Stratégie canadienne antidrogue, pour sa part, a fourni des conseils et un soutien logistique.

Table des matières

Chapitre 1	Introduction	5
Chapitre 2	Groupes cibles visés	13
Chapitre 3	Coordination	20
Chapitre 4	Information	37
Chapitre 5	Ressources	42
Chapitre 6	Environnement de la Stratégie canadienne antidrogue	48

Chapitre 1
Introduction

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative lancée pour une période déterminée en vue d'améliorer l'efficacité des programmes en matière de drogues au Canada. Sept ministères fédéraux participent à sa mise en oeuvre. Cette initiative a été précédée par la Stratégie nationale antidrogue, qui a été lancée en 1987 et qui a pris fin en mars 1992. Dans le présent document, l'expression Stratégie canadienne antidrogue désigne une version renouvelée et modifiée de la première initiative, c'est-à-dire la Stratégie nationale antidrogue. L'initiative renouvelée est souvent appelée Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, et sa mise en oeuvre s'étend de 1992 à 1997. Les ministères fédéraux qui participent à la Stratégie sont les suivants :

- Santé Canada
- Solliciteur général du Canada, y compris la Gendarmerie royale du Canada et le Service correctionnel du Canada
- Revenu Canada, Douanes et Accise
- Développement des ressources humaines Canada
- Affaires étrangères et Commerce international Canada
- Justice Canada
- Patrimoine canadien

Le présent rapport porte sur l'examen à mi-parcours de la contribution de Santé Canada à la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. Son objet est double : tout d'abord, satisfaire à l'exigence dont le Conseil du Trésor a assorti sa décision, prise en 1992, d'allouer des fonds à Santé Canada pour la poursuite de la Stratégie canadienne antidrogue; puis, au mi-temps de la Phase II, fournir à Santé Canada de l'information qui lui permette de conclure soit qu'il faut poursuivre la Stratégie tel que prévu soit qu'il faut la modifier et comment.

BRÈVE DESCRIPTION DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Le Canada est actif dans le domaine des toxicomanies depuis des décennies : notre première loi sur les drogues remonte à 1908. Cette première mesure a été suivie par des décennies d'efforts de la part de tous les paliers de gouvernement, d'organismes non gouvernementaux et de groupes communautaires pour lutter contre les risques associés à l'usage de l'alcool et des autres drogues. L'idée de créer une stratégie antidrogue s'enracinait dans la volonté de tirer le plus possible avantage de ces efforts en réunissant au sein d'un seul système un éventail de programmes distincts et en donnant la préséance à certains secteurs d'activité. La Stratégie canadienne antidrogue se présente comme une initiative fédérale interministérielle globale, en vue d'améliorer et de coordonner les programmes en matière d'alcool et de drogues qui sont mis en oeuvre dans les trois secteurs d'activité traditionnels, à savoir : la prévention, les traitements et l'application de la loi. La Stratégie se présente comme une expérience intergouvernementale, et le présent examen à mi-parcours vise à réunir de l'information permettant de déterminer dans quelle mesure cette expérience est un succès.

La Stratégie se présente sous le jour de mesures visant, en général, à améliorer l'efficacité de programmes existants choisis. Les buts visés sont : faire en sorte

que les programmes soient mieux ciblés; renforcer la coordination; et enrichir les bases de renseignements et de ressources. Le Cabinet a créé deux organismes de coordination, soit le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. On doit garder présent à l'esprit que l'augmentation du financement n'est qu'un moyen parmi d'autres d'améliorer les programmes. En théorie, la Stratégie canadienne représente beaucoup plus qu'une simple injection de dollars; son succès ou son échec seront fonction dans une large mesure des efforts investis dans l'amélioration des programmes pour ce qui est du choix des groupes cibles, de la coordination et de la base d'information. Les coupures budgétaires qui pourront être décrétées auront un impact sur les résultats de la Stratégie canadienne antidrogue, mais elles n'en compromettent pas la survie. Les trois autres moyens d'améliorer le rendement de la Stratégie revêtent une importance à tout le moins égale.

Ces remarques générales s'appliquent autant à la Phase I qu'à la Phase II de la Stratégie. Toutefois, la Phase II diffère de la précédente par un certain nombre de points :

- on a observé des changements dans les populations cibles;
- on accorde plus de place aux mesures de contrôle et d'application de la loi, en ce qui a trait plus spécialement à la législation antidrogue axée sur les profits des trafiquants;
- le Programme national de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies, qui est demeuré jusqu'en 1992 une initiative distincte, a été intégré à la Stratégie canadienne antidrogue; les personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies font maintenant partie des groupes cibles dont s'occupe la Direction générale des programmes et de la promotion de la santé; les programmes destinés aux personnes qui prennent le volant après avoir bu ne font plus l'objet d'une affectation de fonds particulière.

Environnement

La Stratégie canadienne antidrogue, Phase II, diffère de la stratégie initiale parce qu'il a fallu la modifier en fonction des changements observés dans le secteur des drogues. Les facteurs environnementaux qui ont le plus incité les responsables à modifier la Stratégie sont les suivants :

- le Canada était davantage devenu une plaque tournante du trafic des drogues illégales;
- le Parlement avait adopté une législation sur le recyclage des produits de la criminalité et il fallait affecter des ressources à son application afin d'en tirer profit le plus possible;
- les provinces se préoccupaient davantage de prévention à l'intention de la population en général, ce qui permettait au gouvernement fédéral de concentrer ses efforts sur les sous-populations à haut risque.

Ce sont les changements touchant aux populations visées qui ont eu le plus grand impact sur Santé Canada. Au cours de la Phase II, on doit mettre davantage l'accent sur les programmes de prévention à l'intention des groupes à haut risque ou marginaux, tels que les enfants de la rue, les décrocheurs, les autochtones visant hors réserve, les chômeurs, les aînés, les femmes, les personnes qui

prennent le volant après avoir bu et les membres de familles perturbées. Cette brève énumération, extraite du Mémoire au Cabinet, n'est rien d'autre qu'une liste d'exemples. Il revient aux ministères qui participent aux programmes de prévention de la Stratégie de déterminer quels groupes à haut risque doivent être visés. De façon générale, la modification opérée au niveau conceptuel a trait à un changement de cap dans les groupes visés : plutôt que de s'adresser à l'ensemble de la population, et donc à une majorité de personnes qui ne risquent pas de connaître des problèmes reliés aux drogues, les efforts visent davantage les personnes qui sont à haut risque sur ce plan. Dans le langage technique du secteur des toxicomanies, on parle de transition des efforts de prévention du niveau primaire au niveau secondaire. (On décrit parfois le secteur des traitements comme celui de la prévention tertiaire).

Large perspective

En général, toutefois, la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue est très similaire à la Phase I. La plupart des changements ne sont en fait que des ajustements. Au cours de la Phase II, la Stratégie continue d'être une initiative fédérale interministérielle globale en vue d'améliorer et de coordonner les programmes en matière d'alcool et de drogues qui sont mis en oeuvre dans les secteurs de la prévention, des traitements et de la réadaptation ainsi que dans celui des mesures de contrôle et de l'application de la loi. Fait important, on continue au cours de la Phase II de considérer l'abus de substances comme un problème de santé essentiellement, ce pourquoi Santé Canada conserve son rôle de ministère directeur. C'est aussi pour cette raison que la réduction de la demande occupe une place de premier plan dans la conception de la Stratégie canadienne antidrogue. Au cours de la décennie qui a précédé l'adoption de la Stratégie nationale antidrogue en 1987, le gouvernement fédéral était très peu actif dans le secteur des programmes de réduction de la demande axés sur les substances psychoactives autres que l'alcool. Du point de vue conceptuel, la Stratégie nationale antidrogue a marqué un changement de cap important de la part du gouvernement fédéral, qui s'en était tenu jusque là à une approche axée presque totalement sur l'application de la loi et le contrôle de l'offre à l'égard de la lutte contre l'abus de substances. La Stratégie nationale antidrogue se caractérisait par l'adoption d'une approche équilibrée à l'égard d'un problème désormais perçu comme un problème de santé, et non seulement comme une question relevant du droit pénal. En adoptant cette nouvelle approche, le Canada appliquait ce que recommandaient depuis nombre d'années les experts dans le domaine des toxicomanies et qui suscitait de plus en plus d'intérêt de la part des organisations des Nation Unies engagées dans la lutte contre les drogues. On doit souligner ici que le Canada comptait parmi les principaux défenseurs de l'approche axée sur la réduction de la demande aux Nations Unies.

Toutefois, le soutien financier accordé dans le cadre de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue à des programmes existants est davantage destiné, du moins en principe, à des efforts de contrôle et d'application de la loi. Au cours de la Phase I, l'argent affecté à la réduction de la demande comptait pour 70 % des sorties de fonds prévues dans le cadre de la Stratégie; au cours de la Phase II, selon le Mémoire au Cabinet, seulement 60 % du financement va à la réduction de la demande. Il faudra attendre le rapport d'évaluation final, qui doit être remis au Conseil du Trésor en janvier 1997, pour mieux cerner l'ampleur de ce changement. Quoi qu'il en soit, l'examen à mi-parcours met en

lumière ce qui apparaît comme une diminution de l'importance accordée à la réduction de la demande et soulève quelques questions : Assiste-t-on à un changement dans la conception qu'a le gouvernement fédéral des éléments essentiels des programmes de lutte contre les toxicomanies? Ne sommes-nous pas plutôt les témoins d'un retour au mode de pensée associant l'abus de substances à un problème de criminalité essentiellement plutôt qu'à un problème de santé nécessitant une approche équilibrée, comme celle que préconisait la Stratégie nationale antidrogue?

Financement

Le Cabinet a approuvé les affectations de fonds suivantes à Santé et Bien-être social Canada au titre du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue :

Année	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97
milliers de dollars	35 270	39 770	39 770	38 270	38 270

Après l'exercice de réorganisation du gouvernement et le transfert du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes à Développement des ressources humaines Canada et le transfert du Programme antidopage à Patrimoine canadien, les affectations à Santé Canada ont été modifiées, conformément aux données du tableau qui suit.

Année	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97
milliers de dollars	19 370	23 870	23 870	22 370	22 370

LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada met en oeuvre 14 initiatives. Le présent examen à mi-parcours n'a pas pour objet de revoir ou d'évaluer chacune d'entre elles. Il vise plutôt à déterminer comment les changements apportés à Santé Canada en raison de la Stratégie canadienne antidrogue ont eu un impact sur les programmes en matière d'alcool et de drogues au sein du Ministère. Pour cet exercice, il a fallu établir une distinction conceptuelle entre la Stratégie canadienne antidrogue en tant que telle et les programmes mis en oeuvre dans le cadre de cette dernière.

Distinction conceptuelle

Dans le cadre d'évaluation de décembre 1992, la Stratégie canadienne antidrogue était décrite comme une expérience, au niveau fédéral, de mise en oeuvre de programmes conçus pour rendre les interventions du Canada en matière d'alcool et de drogues plus efficaces pour ce qui est de réduire les torts causés aux personnes, aux familles et aux collectivités par l'abus de l'alcool et des drogues. C'est ainsi que le Mémoire au Cabinet décrit l'objectif principal de la Stratégie. On doit souligner que cette façon d'énoncer l'objectif de la Stratégie, en termes de réduction des torts, est un élément nouveau qui caractérise la Phase II. Le cadre d'évaluation va plus loin et décrit deux ordres d'objectifs secondaires, à l'intérieur de cet objectif général. Ces objectifs secondaires se rattachent à l'objectif principal selon un rapport de cause à effet. En conséquence, la Stratégie canadienne antidrogue vise à rendre les activités de réduction des torts plus efficaces en améliorant les programmes existants, et non en créant de nouveaux programmes. (Ce qui ne veut pas dire que les programmes existants ne sont pas innovateurs!) Pour obtenir les améliorations souhaitées, on prévoit déployer des efforts sur quatre fronts principaux : choix des groupes cibles, coordination, information et ressources. La répartition des objectifs de la Stratégie en trois ordres d'objectifs a pour objet d'en rendre plus claire la structure globale.

Le présent rapport ne traite que des améliorations qui doivent être apportées aux programmes en matière d'alcool et de drogues que Santé Canada met en oeuvre dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. L'exercice doit permettre de déterminer si la Stratégie ajoute une plus-value aux programmes qu'elle est censée soutenir. Il n'a pas pour objet d'évaluer l'efficacité des programmes en place, mais bien de déterminer si le fait de les avoir incorporés à une initiative interministérielle en a rehaussé la valeur. L'évaluation finale aura pour but de déterminer avec quelle efficacité les objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue ont été atteints. En d'autres termes, le présent examen à mi-parcours devait fournir des réponses aux questions suivantes :

Groupes cibles :

- Quels changements touchant le choix des groupes cibles devaient être apportés aux programmes de Santé Canada?
- Quels changements ont effectivement été apportés à cet égard?
- Sur quoi se fondaient les changements apportés?
- Quels effets ont eu les changements apportés?

Coordination :

- Comment les efforts de coordination et de collaboration devaient-ils être améliorés, d'abord au sein du Ministère, puis entre le Ministère et les autres ministères et partenaires que réunit la Stratégie?
- Quelles mesures a-t-on prises pour obtenir les améliorations souhaitées?
- Y a-t-il des mécanismes efficaces pour assurer la coordination des initiatives au sein du Ministère?
- Comment les cadres du Ministère perçoivent-ils le rôle du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue? Les cadres du Ministères comprennent-ils bien le rôle dévolu au Secrétariat?

Base d'information améliorée :

- Quelles améliorations chaque composante devait-elle permettre d'apporter à la base d'information?
- Quelles ont été les améliorations effectivement apportées?
- Comment les participants aux initiatives mises en oeuvre au sein du Ministère dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue ont-ils utilisé cette information et les données provenant d'autres sources qui ont tiré profit de la Stratégie canadienne antidrogue?

Ressources :

- Quelles ressources additionnelles ce Ministère devait-il recevoir en raison de son rôle dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue?
- Quelles ressources a-t-il effectivement reçues sur cinq ans?
- Comment ces ressources ont-elles été utilisées? Ont-elles été utilisées à des fins reliées aux objectifs de la Stratégie tel que prévu ou l'ont-elles été à d'autres fins?

On ne prévoyait pas que l'examen fournirait des réponses complètes à chacune de ces questions. La période écoulée depuis le début de la Phase II n'est pas assez longue pour que tous les effets des changements apportés aient eu le temps de se manifester. Toutefois, l'examen a permis de vérifier si les mesures susmentionnées sont en voie de réalisation, s'il y a eu amélioration dans le choix des groupes cibles ainsi qu'au niveau de la coordination, de la collaboration et de la base d'information, si les ressources prévues ont été octroyées aux programmes et sont utilisées comme prévu dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Il importe de signaler que cet examen ne vise pas à déterminer dans quelle mesure la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue a véritablement permis de réduire les torts causés par l'alcool et les drogues. Les questions relatives à l'efficacité ne seront traitées que dans le rapport d'évaluation final. La raison est assez simple : les données requises pour évaluer les effets de la Stratégie ne sont pas disponibles à ce stade-ci et ne le seront qu'une fois l'évaluation finale effectuée. Il suffit ici de signaler que Statistique Canada n'a rendu publiques les données sur la mortalité et la morbidité pour 1992 qu'en novembre 1994; et ces données ne couvrent que les premiers six mois de la Phase II de la Stratégie.

Sources des données

L'information à la base du présent examen provient de trois sources : documents concernant les programmes; entrevues avec des représentants de Santé Canada et d'organismes provinciaux et territoriaux de qui relèvent les services de lutte contre les toxicomanies; et groupes de réflexion réunissant des fonctionnaires de Santé Canada.[1] (Les notes figurent à la fin du présent document).

RÔLE DOUBLE DE SANTÉ CANADA DANS LE CADRE DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Santé Canada joue deux rôles dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Non seulement il met en oeuvre des programmes en matière d'alcool et de drogues, mais il est le ministère directeur de la Stratégie. Ce choix de Santé Canada comme ministère directeur a une valeur symbolique, puisque ce choix se trouve à confirmer que l'abus de substances est perçu comme un problème de santé. En qualité de ministère directeur, Santé Canada doit préparer le Mémoire au Cabinet, être l'hôte du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, entretenir des rapports, sans liens de dépendance, avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, coordonner l'évaluation et mener à bien les activités diverses que suppose chacune de ces responsabilités. Mais le rôle dévolu à Santé Canada va plus loin encore : il doit d'abord et avant tout veiller à ce que la politique qui sous-tend la stratégie soit préservée dans son intégralité, et veiller donc à ce que l'abus de substances continue d'être assimilé à un problème de santé et à ce que les objectifs en matière de santé de la Stratégie soient conservés. À cet égard aussi, le Mémoire au Cabinet indique, pour la Phase II, un léger mouvement de bascule, au détriment des activités de réduction de la demande et en faveur des activités d'application de la loi, en ce qui a trait surtout aux nouvelles unités intégrées de lutte contre les profits des trafiquants. Plus la lutte au déficit joue un rôle déterminant important dans l'élaboration des programmes gouvernementaux, plus les programmes axés sur la réduction de la demande risquent d'être menacés, étant donnée que ces programmes ne donnent pas de résultats immédiats, contrairement aux programmes antidrogue axés sur les profits des trafiquants, qui, eux, peuvent être profitables à court terme.

Secrétariat

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue joue un rôle de premier plan dans les activités quotidiennes de Santé Canada en qualité de ministère directeur de la Stratégie. Le Mémoire au Cabinet confie au Secrétariat un mandat à quatre volets : communication, coordination, collecte de données et évaluation. Ce rapport examine la façon dont le Secrétariat s'est acquitté de son mandat, mais seulement en ce qui a trait à la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue. Le rapport interministériel, qui porte sur l'ensemble de la Stratégie antidrogue, examine les activités du Secrétariat, au-delà des frontières de Santé Canada.

Programmes

La Stratégie canadienne antidrogue, encore une fois, est une initiative globale qui comprend les trois secteurs d'activité traditionnels : la prévention, les traitement et l'application de la loi. Avant la réorganisation du gouvernement en 1993, Santé Canada était actif dans ces trois secteurs. Depuis le transfert du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes à Développement des ressources humaines Canada, il est beaucoup moins actif dans le secteur de la réadaptation et du traitement des alcooliques et toxicomanes; seule la Direction générale des services médicaux poursuit des activités dans ce secteur. Actuellement, c'est la Direction générale des programmes et des services de santé (qui accueille le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et qui a des responsabilités financières à l'égard du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), la Direction générale de la protection de la santé et la Direction générale des services médicaux qui mènent à bien les programmes de Santé Canada. La Direction générale de la politique

et de la consultation est chargée des volets élaboration de politiques et évaluation. Voici une liste des programmes et activités relevant de chacune des Directions générales compétentes :

Direction générale des programmes et des services de santé :

- Initiative en matière de prévention :
  - Élaboration de programmes et de politiques
  - Éducation et formation
  - Recherches et développement des connaissances
  - Action communautaire
  - Marketing social
- Initiatives du Programme national de recherche et de développement en matière de santé
- Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue

Direction générale des services de santé

- Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté : sur les réserves
- Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté : hors réserves

Direction générale de la protection de la santé

- Toxicomanie chez les professionnels de la santé
- Identification et analyse des drogues
- Prévention de l'utilisation de médicaments à des fins détournées
- Nouvelles mesures législatives
- Contrôle des précurseurs et des stéroïdes anaboliques

Encore une fois, ce rapport n'examine pas chacun de ces programmes, mais bien la façon dont la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue a permis de mettre en place les mécanismes voulus pour améliorer ces programmes au niveau du choix des groupes cibles, de la coordination, de l'information et des ressources. Le présent rapport s'articule autour de ces grands thèmes.

Chapitre 2
Groupes cibles visés

CONTEXTE

La question des groupes cibles concerne les populations visées par les programmes. La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative ciblée. Plutôt que d'être dirigées vers l'ensemble de la population canadienne, les activités de la Stratégie visent les populations qui ont le plus besoin d'attention. En procédant ainsi, on pense que les activités seront plus rentables, puisqu'on ne dépensera pas l'argent en vain en dirigeant les efforts vers des personnes, des établissements ou des situations qui ne nécessitent aucune intervention.

Dans le secteur de l'alcool et des drogues, plusieurs questions méritent d'être prises en considération pour ce qui est des groupes cibles. En voici quelques-unes :

- Est-ce que les programmes devraient viser certaines drogues ou types de drogues en particulier?
- Devrait-on accorder une attention égale ou différentes à chacun des secteurs d'activité, à savoir la prévention, les traitements et l'application de la loi?
- Est-ce que les programmes devraient viser plus spécifiquement certaines sous-populations ou s'adresser à tous les Canadiens?

Ce rapport ne répond qu'à la dernière de ces questions; les autres seront prises en compte dans le rapport sur l'ensemble de la Stratégie antidrogue.

Intentions de Santé Canada

Le Mémoire au Cabinet n'imposait pas à Santé Canada des populations cibles en particulier; néanmoins, il indiquait clairement que les programmes devaient être dirigés davantage vers les groupes à haut risque qu'ils ne l'étaient au cours de la Phase I. Certains programmes de Santé Canada ne se prêtent pas facilement à une restriction de ce genre. Ainsi, les laboratoires de la Direction générale de la protection de la santé analysent des échantillons de drogue pour le compte des forces policières afin de faciliter les poursuites en justice et certains types d'enquêtes. Ces laboratoires doivent analyser les échantillons qui leur sont envoyés par la police. Ils ne peuvent limiter leur activité à certains types d'échantillons ou à ceux qui leur sont soumis par certains corps de police en particulier. Les laboratoires de Santé Canada sont les seuls à offrir ce genre de service au Canada. Aussi la question du choix des groupes cibles ne se posent pas pour eux; et on pourrait fournir d'autres exemples d'activités auxquelles la nouvelle directive concernant la nécessité de mieux cibler les efforts ne s'applique pas.

Quoi qu'il en soit, ce changement de cap en faveur des populations à haut risque représente un virage important pour Santé Canada. Au cours de la Phase I, la Stratégie antidrogue visait l'ensemble de la population; on croyait, en effet, qu'il valait mieux que les efforts du gouvernement visent à empêcher les non-consommateurs de devenir des consommateurs et les non-toxicomanes de devenir des toxicomanes et à renseigner le public. La Phase II est marquée par un recul de la prévention primaire en faveur d'efforts concertés pour trouver des solutions aux problèmes des populations à haut risque, y compris les personnes déjà aux prises avec de graves problèmes de consommation de substances

psychoactives. Cette décision a dans une large mesure été prise sur la base des consultations menées auprès des provinces en 1991 par le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, ce changement ne s'est pas opéré sans controverse; un certain nombre de provinces et de groupes d'intérêt continuent de penser qu'il est plus efficace de viser l'ensemble de la population et, si l'on en croit certains, de le faire dans le but de promouvoir l'abstinence plutôt que dans le but de réduire au minimum les torts. Dans certaines provinces, les coupures budgétaires décrétées ont entraîné une réduction des fonds alloués aux programmes de prévention destinés à l'ensemble de la population. Ce rapport ne peut ni entériner ni réfuter la décision prise concernant la nécessité de mieux cibler les programmes. Il reste à espérer que l'évaluation finale permettra d'entamer une réflexion sur ce point à mesure qu'on disposera de plus de données sur les tendances de la mortalité et de la morbidité ainsi que sur d'autres indicateurs de l'efficacité des programmes.

Ce sont les programmes relevant de la Direction générale des programmes et des services de santé qui se prêtent le mieux à une concentration des efforts sur certains groupes cibles en particulier. La Direction générale des services médicaux met en oeuvre un programme à l'intention des autochtones vivant hors réserve qui vise spécifiquement à prévenir l'abus de solvants dans certains groupes à risque sur ce plan. La Direction générale de la protection de la santé, quant à elle, poursuit ses programmes destinés aux professionnels de la santé et à tous ceux qui jouent un rôle dans le réseau de distribution des médicaments d'ordonnance qui relèvent de sa compétence. Ces groupes, toutefois, étaient des populations cibles de la DGPS avant que la Stratégie canadienne antidrogue ne soit lancée. C'est principalement la Direction générale des programmes et des services de santé qui a répondu à l'appel du gouvernement en faveur d'une concentration des efforts sur les populations à haut risque dans le cadre de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue.

Direction générale des programmes et des services de la santé

Les programmes de soutien communautaire (programme de subventions et de contributions), de recherche et de marketing social de la Direction générale des programmes et des services de santé doivent, au cours de la Phase II, être destinés aux populations à haut risque. Ces programmes étaient, au cours de la Phase I, offerts à l'ensemble de la population, et donc à une majorité de personnes à faible risque. Le changement est de taille. On sait relativement peu de choses de bon nombre des groupes à haut risque, dont certains, tels les jeunes sans abri, sont extrêmement difficiles à rejoindre, et on a peu d'expérience sur les modes d'action efficaces auprès de ces groupes.

Groupes cibles

Cette Direction générale a choisi cinq populations à haut risque comme groupes cibles :

- les enfants, les jeunes et les jeunes adultes, plus particulièrement les jeunes marginaux (décrocheurs, sans abri, jeunes de la rue)
- les femmes, plus particulièrement celles qui prennent des médicaments d'ordonnance à mauvais escient ou qui consomment de l'alcool
- les aînés qui prennent des médicaments d'ordonnance à mauvais escient ou qui combinent médicaments et alcool

- les autochtones vivant hors réserve
- les personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies

Les programmes de marketing social et de soutien communautaire ne visent plus l'ensemble de la population. On présume que les provinces offrent des services adéquats aux Canadiens à faible risque. Des entrevues effectuées auprès de représentants des services provinciaux et territoriaux de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ont révélé que les provinces et les territoires, les plus pauvres surtout, comptent énormément sur les subventions et contributions de Santé Canada pour leurs programmes communautaires de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; le changement de cap touchant les populations visées s'est donc traduit pour ces provinces par l'élimination de programmes communautaires destinés à l'ensemble de la population. L'hypothèse à la base de la décision de concentrer les efforts sur certains groupes cibles ne se vérifie pas dans toutes les provinces; certains représentants des provinces les plus pauvres craignent que les taux de consommation augmentent dans l'ensemble de la population en l'absence de mesures de prévention primaire. Au cours des entrevues, certains représentants provinciaux se sont prononcés contre le virage annoncé concernant les groupes cibles. La plupart, toutefois, étaient d'accord avec ce changement de cap. Ces remarques ne remettent pas en cause la Stratégie canadienne antidrogue. Après tout, les groupes cibles ont été choisis de concert avec les provinces au cours des consultations de 1991. Néanmoins, il importe que les préoccupations actuelles de certaines provinces soient connues des responsables de la Stratégie.

Mise en oeuvre

Si l'on en croit les propos tenus en entrevue par des représentants de cette Direction générale, le changement de cap dans la destination des programmes, qui ne visent plus la population en général, mais les groupes à haut risque, a été difficile à opérer. Au cours de la Phase I, les programmes de marketing social et de subventions et contributions étaient destinés à l'ensemble de la population; l'information à diffuser était taillée sur mesure en fonction de cet auditoire, comme les méthodes de diffusion d'ailleurs; les critères de financement étaient déterminés en fonction des buts à atteindre dans l'ensemble de la population; les représentants communautaires qui présentaient des demandes de fonds savaient qu'ils devaient soumettre des propositions touchant l'ensemble de la population. Avec le changement de cap, l'expertise acquise au fil de nombreuses années est devenue, pour ainsi dire, nulle et non avenue. Si l'on conçoit un programme de marketing social destiné aux jeunes marginaux, le message, les méthodes de diffusion et les méthodes d'évaluation des effets ne sont pas les mêmes que si on élabore un programme destiné à l'ensemble de la population. On doit, pour y parvenir, faire oeuvre de pionnier. Malheureusement, il semble qu'au début de la Phase II la Direction générale n'était pas bien préparée, ou qu'elle ne pouvait du moins opéré rapidement le virage demandé. C'est compréhensible, compte tenu du fait que les groupes cibles n'ont été choisis qu'en mars 1992. Le choix de groupes cibles particuliers est un bon moyen d'augmenter l'efficacité des efforts déployés, mais il y a un prix à payer quand le virage demandé est aussi important que celui que doit accepter de faire cette Direction générale.

Les responsables des programmes de marketing social ont commencé à s'intéresser activement aux jeunes marginaux et aux autochtones, mais ils n'ont

pas encore conçu de programmes à l'intention des trois autres groupes cibles. L'Unité de l'éducation et de la formation de la Direction de la promotion de la santé a aussi eu de la difficulté à s'adapter au changement dans les groupes cibles. Auparavant, cette Unité entretenait des rapports avec des organismes du secteur de l'éducation qui offraient des programmes destinés à l'ensemble de la population, par le truchement du réseau scolaire. (Toutefois, certains projets financés à l'aide de subventions et contributions cherchaient à utiliser les écoles comme tremplin pour rejoindre les jeunes à haut risque). En conséquence, l'Unité a dû non seulement créer de nouveaux programmes, mais aussi mettre en place de nouveaux modes de mise en oeuvre et nouer des liens avec un nouvel éventail d'organismes. Parce que la décision d'axer les efforts sur les populations à haut risque oblige à offrir des programmes différents, l'Unité de la formation a dû découvrir quels programmes sont efficaces parmi la vaste gamme des programmes offerts dans les provinces par un large éventail d'organismes, dont bon nombre appartiennent au secteur de la santé mentale ou à celui des services sociaux. La mise en place de programmes ne pourra se faire qu'une fois terminées ces étapes préliminaires.

Dans le cas du programme de financement communautaire de la Direction générale des programmes et des services de santé, la situation est plus facile, puisque le changement de cap au niveau des populations visées devra essentiellement être assumé par ceux qui soumettent des propositions. Les responsables du programme affirment qu'ils n'ont aucune difficulté à obtenir des propositions de projets destinés aux groupes cibles choisis. Comme il s'agit d'un programme administré par les régions, l'attention accordée à chacun des cinq groupes cibles varie d'une région à l'autre; le facteur déterminant est l'intérêt des personnes qui soumettent des propositions pour le financement de projets. De la même façon, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé peut compter sur les chercheurs qu'il finance pour opérer le changement demandé au niveau des groupes cibles. Le PNRDS a dû préparer de nouvelles Demandes de propositions de recherche, ce qu'il a fait en consultation avec des représentants de la communauté scientifique, des organismes non gouvernementaux ainsi que des ministères et des provinces; cet exercice a permis de définir les lacunes à combler dans les connaissances et donc de déterminer les secteurs de recherche prioritaires, ce qui a facilité la préparation d'un appel de propositions.

Direction générale de la protection de la santé

La contribution de la Direction générale de la protection de la santé à la Stratégie canadienne antidrogue se résume, grosso modo, par la poursuite des activités que mène à bien cette Direction générale depuis de nombreuses années. La Stratégie antidrogue a permis à cette Direction générale de disposer d'un supplément de fonds, mais les groupes cibles visés sont demeurés les mêmes, et ce pour une raison bien simple. De façon générale, la Direction générale de la protection de la santé contribue à la Stratégie en assurant ou en favorisant l'application de la *Loi sur les stupéfiants* et des Parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues* et de leurs règlements d'application. À cette fin, elle surveille les dossiers d'ordonnances, procède à des inspections à différents points des réseaux de fabrication et de distribution des médicaments psychoactifs d'ordonnance, en analysant des échantillons de drogues saisies par la police et en contribuant à la rédaction des textes de loi et de règlement. Ce genre de

travail n'est pas touché par le changement décrété dans le Mémoire au Cabinet pour ce qui est des groupes cibles visés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Toutefois, une autre question relative aux groupes cibles mérite d'être soulignée ici. En 1992, le Ministère a approuvé le rapport et les recommandations issus de l'évaluation du Programme des drogues dangereuses. L'un des changements recommandés pour ce programme concernait le groupe cible des personnes qui s'adonnent au «shopping médical», c'est-à-dire les personnes qui consultent plus d'un médecin au cours d'une période donnée pour obtenir des ordonnances multiples de médicaments psychoactifs. Sauf dans des circonstances spéciales, cette pratique est illégale. La Direction générale de la protection de la santé s'efforce de dépister les contrevenants en analysant les dossiers d'ordonnance et elle soumet les cas suspects à la GRC. Le rapport d'évaluation recommandait que l'on interrompe cette activité ou qu'on y mette un frein, parce qu'elle était jugée non rentable. La Direction générale a choisi de poursuivre cette activité, mais à un rythme ralenti par rapport à celui de 1992. Aucune donnée ne permet de penser que cette activité est notablement plus rentable aujourd'hui qu'elle ne l'était au moment de l'évaluation. Et il est tout aussi vrai aujourd'hui qu'au moment de l'évaluation que les ressources affectées à cette activité pourraient, de façon générale, être utilisées plus efficacement si elles étaient affectées à d'autres activités.

La Direction générale a entamé des négociations avec certaines provinces, notamment la Colombie-Britannique et le Québec, en vue d'obtenir que cette responsabilité soit désormais assumée par les autorités provinciales qui délivrent les permis. Si ces négociations aboutissent, des projets pilotes seront mis sur pied, et si ces derniers donnent des résultats concluants, d'autres provinces voudront sans doute emboîter le pas. Comme les systèmes d'ordonnances sont informatisés dans ces deux provinces, la surveillance se fera par des moyens électroniques. Toutefois, toutes les provinces n'ont pas un tel système à leur disposition et il est peu probable qu'elles accepteront de veiller à la surveillance des ordonnances avant l'informatisation complète des données au sein d'un système intégré. Quoi qu'il en soit, le transfert de responsabilité devrait aider la Direction générale à concentrer ses efforts sur des activités plus rentables.

Il reste à déterminer, plus généralement, s'il est vraiment utile pour quiconque d'examiner les données sur les ordonnances. Les arguments invoqués dans le rapport d'évaluation étaient généraux; selon le point de vue défendu, cette activité, qu'elle soit menée à bien par le gouvernement fédéral ou par quelque autre instance, n'est tout simplement pas rentable.

Direction générale des services médicaux

La Direction générale des services médicaux n'est pas beaucoup touchée non plus par le changement de cap au niveau des groupes cibles de la Stratégie canadienne antidrogue. Les programmes qu'elle met en oeuvre dans le cadre de la Stratégie ont toujours été destinés à l'un des groupes à haut risque choisis, soit la population autochtone. Dans le passé, les programmes de cette Direction générale étaient essentiellement destinés aux autochtones vivant sur les réserves. Pour la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue, toutefois, il a été décidé que le Programme «Toxicomanie et programmes subventionnés par la

communauté» serait aussi offert aux autochtones vivant hors réserve, plus particulièrement les autochtones à risque pour ce qui est de l'abus de solvants. Ce nouveau volet, comme celui qui est destiné aux autochtones vivant sur les réserves, vise à aider les collectivités à offrir des programmes de prévention des toxicomanies adaptés sur le plan culturel; leur principal partenaire est l'Association nationale des centres d'amitié.

AUTRES STRATÉGIES

La Stratégie canadienne antidrogue n'est pas la seule stratégie dans le cadre de laquelle des programmes sont offerts aux personnes à risque sur le plan de la santé et du bien-être. D'autres programmes de Santé Canada et d'autres stratégies interministérielles auxquelles participe le Ministère visent des populations à haut risque. Qui plus est, il n'est pas rare qu'il y ait chevauchement au niveau des populations visées, et que les mêmes groupes soient les cibles de différents programmes et stratégies. Selon la structure actuelle des programmes à Santé Canada, ce sont les problèmes décelés qui viennent au premier rang des préoccupations, l'intérêt accordé aux sous-populations rangeant ces dernières au second rang. En d'autres termes, on commence par décider de s'attaquer à un problème, après quoi on cible des sous-populations spécifiques qui souffrent de ce problème. Toutefois, dans le cadre d'une approche axée sur les déterminants de la santé, on pourrait choisir d'avoir pour cible des populations en particulier, étant donné qu'il est bien connu que certains groupes sont aux prises avec un large éventail de problèmes de santé. Cette remarque soulève une importante question au sujet de l'orientation des politiques, mais cette question déborde le cadre de la présente étude. La question qui se pose est la suivante : faut-il définir les stratégies interministérielles en fonction des problèmes à régler ou en fonction des sous-populations aux prises avec de multiples problèmes? Des éléments de réponses sont fournis au chapitre 6 du présent rapport.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Le but visé en restreignant les groupes cibles visés au cours de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue était de faire en sorte que les efforts déployés soient plus efficaces. En principe, cette approche devrait représenter une amélioration par rapport à une approche prévoyant que tout le monde doit être ciblé dans l'espoir de rejoindre les personnes à haut risque ou d'obtenir que les sous-populations à faible risque ne deviennent à haut risque. Dans certains secteurs, une telle approche ne permet pas de rejoindre les groupes à haut risque. Les programmes de marketing social sont un très bon exemple à cet égard. Si on recourt à la télévision pour faire passer un message, on ne rejoindra pas les gens qui n'écoutent pas la télévision, tels que les jeunes sans abri. Il vaut donc mieux considérer ce groupe comme un cas à part, plutôt que comme un sous-groupe au sein de la population, sous réserve qu'on estime avoir en main des outils efficaces pour rejoindre cette sous-population.

Le changement de cap au niveau des groupes cibles, qui s'accompagne d'une réorientation des efforts déployés, ceux-ci passant de la prévention primaire à la prévention secondaire, s'enracine dans l'approche axée sur la réduction des torts adoptée dans le cadre de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue. Sans fermer les yeux sur l'abus de substances, cette approche accepte ce problème comme un fait dans notre société et maintient qu'il est irréaliste de

s'attendre à ce que des programmes qui visent des objectifs d'abstinence puissent avoir du succès (sauf chez les enfants) dans un environnement où les problèmes de toxicomanie sont légion. Là encore, c'est l'évaluation finale qui déterminera l'efficacité du changement de cap au niveau des groupes cibles.

Seule la Direction générale des programmes et des services de santé a procédé à des changements majeurs concernant les groupes cibles visés par ses programmes. Cet état de choses tient sans doute aux types de populations cibles mentionnées dans le Mémoire au Cabinet, dont la liste figure ci-avant. Lorsque le changement de cap a été décidé, la Direction générale des services médicaux travaillait déjà auprès de l'une des populations cibles désignées. Quant à la Direction générale de la protection de la santé, son travail est dans une large mesure à l'abri de ce genre de changement concernant les groupes cibles. Cela ne veut pas dire que ces deux Directions générales ne pourraient pas tirer profit d'un resserrement des groupes cibles visés par leurs programmes. Un exemple à ce sujet a déjà été cité concernant les programmes de la Direction générale de la protection de la santé. Quant à la Direction générale des services médicaux, elle pourrait être plus sélective dans le choix des groupes cibles au sein de la population autochtone, si cela se révélait nécessaire. (On doit se rappeler que cette Direction générale dispose d'une marge de manoeuvre limitée étant donné la grande autonomie dont jouissent les collectivités bénéficiaires pour ce qui est de l'utilisation des fonds qui leur sont octroyés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue). Il ne semble pas que ces possibilités aient été prises en compte par ces Directions générales au moment où elles ont élaboré leurs programmes pour la Phase II. Les prochaines années seront marquées par des compressions budgétaires importantes. On peut s'attendre à ce que le resserrement des groupes cibles continue d'être un moyen important d'atteindre à une utilisation optimale de ressources rares.

CONTEXTE

Selon une hypothèse qui sous-tend le travail d'évaluation déjà effectué et à venir, la coordination est un élément essentiel de la Stratégie canadienne antidrogue. La coordination est ce qui permettra de réunir au sein d'une même stratégie un ensemble de programmes distincts en matière d'alcool et de drogues; sans efforts de coordination, la stratégie ne serait qu'un nom. Le fait d'injecter de nouvelles ressources dans des programmes ne permet pas de mettre en place une stratégie, même s'il les ressources en question sont approuvées dans un même Mémoire au Cabinet. Le fait que les groupes cibles soient les mêmes n'est pas un facteur suffisant pour transformer un ensemble de programmes en une stratégie. Le fait de disposer d'une meilleure base d'information pour la prise de décisions touchant les politiques et les programmes n'a pas cet effet non plus. C'est la coordination qui permet de mettre en place une stratégie, et c'est l'efficacité avec laquelle on parvient à coordonner les efforts qui déterminera le succès de l'expérience de programme interministériel dont il est question ici.

Quelques inconnues

Bien que la coordination ait été jugée importante au cours de la Phase I de la Stratégie, on a estimé que les efforts déployés à cet égard avaient été insuffisants et qu'il fallait les renforcer au cours de la Phase II. C'est pour cette raison que le gouvernement a créé le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, comme le présent rapport de l'examen à mi-parcours de la Stratégie le soutient, et comme l'a soutenu le Groupe de travail sur l'évaluation au début de 1993, aucun objectif explicite ou détaillé de coordination n'a été fixé pour la Stratégie canadienne antidrogue. Cette lacune a eu un impact sur l'ensemble de la Stratégie et les éléments de celle-ci qui relèvent de Santé Canada. Au début de la Phase II, les responsables au sein de Santé Canada ne savaient pas quelles activités de coordination devaient être menées à bien ni quels résultats devaient être atteints à ce chapitre.

En termes plus précis, on ne connaissait pas les réponses à des questions aussi fondamentales que les suivantes :

- «Santé Canada doit-il augmenter la coordination des efforts déployés par les différentes Directions générales?»
- «Santé Canada doit-il se limiter à augmenter la coordination au sein de chaque programme et, incidemment, la coordination des efforts déployés par certains programmes et les organismes avec lesquels ils collaborent ?»
- «Santé Canada doit-il augmenter la coordination de ses activités et de celles que mènent à bien d'autres ministères fédéraux?»

Il y a bien d'autres questions comme celles-là auxquelles le présent examen à mi-parcours n'a pu fournir de réponse. Les représentants du Conseil du Trésor ont indiqué qu'il revenait à Santé Canada, en qualité de Ministère directeur, de se fixer des objectifs spécifiques en matière de coordination. D'un autre côté, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue s'est plaint d'un manque de direction de la part des organismes centraux du gouvernement.

Aussi l'examen à mi-parcours ne pourra-t-il fournir de réponse à la question suivante : «Santé Canada a-t-il atteint ses objectifs en matière de coordination dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue?», de tels objectifs n'ayant jamais été fixés. Cela ne veut pas dire, toutefois, qu'on ne peut fournir d'exemples d'activités coordonnées dans le cadre des programmes en matière d'alcool et de drogues du Ministère. De telles activités existent effectivement : certaines sont le résultat d'une intervention directe du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, et d'autres le résultat de décisions prises au sein de certains programmes. Une question, à laquelle il peut être difficile de répondre, se glisse en filigrane de la présente discussion et est appelée à faire surface régulièrement. Cette question est la suivante : dans quelle mesure les efforts de coordination qu'on peut citer en exemples sont le résultat de la Stratégie canadienne antidrogue et non de décisions qui auraient été prises de toute manière dans le cadre de certains programmes, même en l'absence de la Stratégie? On doit toutefois souligner que ces efforts de coordination ne sont pas aussi intenses qu'ils devraient l'être, et ce en bonne partie parce qu'aucun plan de coordination n'a été élaboré afin de définir clairement les activités requises à cet égard dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue et ce que Santé Canada devait accomplir sur ce plan.

COORDINATION À L'INTÉRIEUR DE CHAQUE PROGRAMME

Bon nombre de programmes menés à bien dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue entretiennent des liens avec différents organismes, de l'intérieur comme de l'extérieur du gouvernement. Les programmes de subventions et contributions, tels que le «Programme de soutien communautaire» de la Direction générale des programmes et des services de santé et le programme «Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté» de la Direction générale des services médicaux, sont de bons exemples à cet égard. Les «partenariats» officieux jouent un rôle important dans le cadre de ces programmes. Leur bon fonctionnement requiert une coordination des efforts déployés par le personnel de l'administration centrale et celui des régions, ainsi que, souvent, des efforts déployés par le personnel des gouvernements provinciaux et celui des organisations autochtones dans certains cas. De la même façon, les laboratoires de la Direction générale de la protection de la santé doivent aussi coordonner leur travail d'analyse de drogues avec les activités des organismes d'application de la loi qu'ils desservent. Souvent, ces efforts de coordination ont un effet déterminant sur l'efficacité des services qu'ils offrent. Toutefois, ce type de coordination est tout simplement une condition à remplir pour assurer une bonne gestion, et non une plus-value attribuable à la Stratégie canadienne antidrogue. Ce type de coordination serait nécessaire même en l'absence de la Stratégie, et existait avant que la Stratégie ne voit le jour. Il ne s'agit pas ici de diminuer l'importance de ces efforts de coordination; un examen portant spécifiquement sur les programmes bénéficiant de tels efforts soulignerait sans doute l'importance de ces derniers. Mais là encore, le présent examen vise à déterminer la plus-value apportée par la Stratégie canadienne antidrogue aux programmes en matière d'alcool et de drogues de Santé Canada.

COORDINATION DES PROGRAMMES À SANTÉ CANADA

Au cours de l'examen à mi-parcours, on s'est efforcé de recueillir de l'information montrant que la Stratégie canadienne antidrogue favorisait la coordination et avait un effet positif marqué sur la mise en oeuvre des programmes en matière d'alcool et de drogues à Santé Canada. Les modes de coordination qui étaient en place avant le lancement de la Stratégie n'ont pas été pris en compte. On a accordé une attention spéciale aux activités et aux mécanismes mis en place récemment afin d'assurer une meilleure coordination des programmes au sein du Ministère. Ces efforts, plus que tout autre, ont le potentiel d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes, et donc de réaliser l'objectif qui est la raison d'être de la Stratégie canadienne antidrogue. Quatre Directions générales participent à la Stratégie, sont partie prenante d'une initiative unique et poursuivent un objectif commun, au demeurant un peu vague, soit de réduire les torts causés par l'abus de l'alcool et des autres drogues.

Différents facteurs devraient normalement favoriser un haut degré de coordination : Santé Canada est le ministère directeur d'un initiative qui assimile les problèmes de toxicomanie à des problèmes de santé; Santé Canada joue un rôle de premier plan dans l'élaboration des politiques et il se charge de préparer les nouveaux textes législatifs; Santé Canada a souligné le besoin de favoriser la coordination dans le Mémoire au Cabinet et dans de nombreux documents de gestion interne; enfin, Santé Canada s'est décrit lui-même comme un leader national dans le domaine de la santé.

Indicateurs de coordination

Voici une liste d'éléments qu'on s'attend à retrouver au Ministère et qui peuvent indiquer un bon niveau de coordination et un sentiment collectif d'appartenance à la Stratégie :

- une compréhension commune et une acceptation générale des objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue;
- un ensemble d'objectifs clairement définis et communément acceptés en ce qui a trait à la contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue;
- un plan d'ensemble ministériel auquel serait systématiquement intégré la gamme des programmes en matière d'alcool et de drogues du Ministère;
- un mécanisme organisationnel pour la coordination de la planification, des politiques et de la mise en oeuvre des programmes;
- un système d'information solide qui permette de s'assurer que la planification, l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre des programmes se font de façon rationnelle et sur la base de données factuelles;
- la capacité de mobiliser les forces vives au sein des autres ministères participants et de tirer profit des compétences qui s'y trouvent en vue de mieux lutter contre les problèmes liés à l'alcool et aux drogues au Canada;
- le partage des coûts et des tâches entre les différents centres de responsabilité;
- la capacité de faire face aux problèmes émergents ou aux changements importants dans la nature des problèmes de toxicomanie au Canada.

Certains de ces indicateurs ont plus de poids que d'autres; cet état de choses tient à l'ambiguïté du concept de coordination. Le présent examen ne peut déterminer de façon non équivoque ce qu'il faut entendre par niveau acceptable de coordination des efforts des participants à la Stratégie canadienne antidrogue, tout simplement parce qu'on ne s'est pas entendu sur un ensemble de critères pertinents. On peut espérer, toutefois, que le présent examen révélera que Santé Canada élabore des objectifs et des normes non seulement aux fins de la Stratégie canadienne antidrogue, mais aussi des nombreuses autres initiatives interministérielles auxquelles il participe et pour lesquelles aucun objectif clair en matière de coordination n'a été fixé.

Attentes à l'égard de la coordination

Au cours de l'examen à mi-parcours, il a été mentionné, au sujet des résultats des efforts de coordination, qu'il ne fallait pas s'attendre à autre chose qu'à la mise en oeuvre effective et harmonieuse des programmes mentionnés dans le Mémoire au Cabinet. Ceux qui sont de cet avis supposent que le Mémoire au Cabinet a été préparé de telle façon que si les programmes sont effectivement mis en oeuvre comme prévu, la contribution de Santé Canada sera forcément coordonnée sans qu'il faille que la coordination se manifeste de façon plus tangible. Cette opinion présente un certain intérêt. Un Mémoire au Cabinet qui propose un système cohérent de programmes devrait se traduire par la mise en place d'un système coordonné de programmes, c'est-à-dire de programmes qui à tout le moins ne s'opposent pas les uns aux autres ou ne se nuisent pas les uns aux autres sur le plan de l'efficacité. Vue sous cet angle peu exigeant, la coordination apparaît comme un élément normal du fonctionnement du gouvernement, et non comme l'objectif spécial d'une initiative telle que la Stratégie canadienne antidrogue. Dans le cadre de cette Stratégie, les efforts de coordination souhaités vont au-delà de cette vision qui réduit la coordination au recours habituel à de saines pratiques de gestion. En fait, le Mémoire au Cabinet requiert explicitement la mise en place d'un mode de coordination plus musclé. Voilà pourquoi, l'examen à mi-parcours réclame des indicateurs de coordination plus rigoureux.

Signaux d'alarme précoces

Des signes avant-coureurs indiquant que la coordination de toute la Stratégie pourrait se révéler difficile sont apparus au cours des étapes de planification de l'évaluation effectuée à la fin du premier trimestre de 1992. Le Groupe de travail interministériel chargé de l'évaluation a rencontré des représentants de la Stratégie canadienne antidrogue afin d'obtenir de l'information sur les objectifs «stratégiques» à prendre en compte pour évaluer la Stratégie. Les premières expériences de l'équipe d'évaluation sont révélatrices de l'échec des efforts déployés par le Groupe de travail interministériel sur les programmes[2] en vue d'obtenir que les partenaires aient le sentiment de travailler dans une même optique, d'avoir une compréhension commune de la mission à accomplir, d'être partie prenante d'une même entreprise. Ces premières expériences révèlent un groupe facilement capable de représenter les intérêts et points de vues de chacun des programmes que ses membres contribuaient directement à mettre en oeuvre, mais moins capable de véritablement former une équipe. Fait à signaler, le Groupe de travail sur le programme avait même de la difficulté à saisir la notion d'objectifs globaux de la Stratégie, encore moins de les définir. En d'autres termes, il semble que les membres de ce comité n'aient pas

vraiment eu le sentiment de poursuivre un objectif commun ou de partager une vision commune des choses. Et comme les stratégies multiministérielles étaient un mode d'action relativement nouveau, il ne faut sans doute pas s'étonner de ces constatations.

À ce stade-là, la Stratégie se présentait comme un ensemble de programmes distincts et autonomes n'ayant entre eux aucun autre lien que le Mémoire au Cabinet portant sur les affectations supplémentaires de fonds. Dans une large mesure, on peut dire que le tableau était sensiblement le même au moment où ces lignes ont été écrites.

Direction générale des programmes et des services de santé : Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues

La Direction de la promotion de la santé de la Direction générale des programmes et des services de santé s'est dotée d'une Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues, qui est chargée de coordonner la contribution de la Direction à la Stratégie canadienne antidrogue et de gérer, planifier et évaluer cette contribution. Cette Unité s'est efforcée d'assurer une certaine coordination de la Stratégie, et il semble que ses efforts soient appréciés par ses partenaires. L'Unité a des liens avec des organismes de la Direction générale, dont le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, des organismes fédéraux et provinciaux ainsi que des organismes non gouvernementaux du secteur des toxicomanies.

Entre autres activités, l'Unité a aidé le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue à préparer la série d'ateliers sur les jeunes marginaux, l'un des principaux groupes cibles de la Phase II; elle a aussi organisé des tables rondes nationales sur les sujets de préoccupation des femmes et des aînés relativement à l'alcool et aux drogues; elle participe à l'élaboration de politiques; et elle contribue à la coordination des activités de recherches touchant plus spécifiquement les groupes cibles des programmes de la Direction de la promotion de la santé.

Les provinces

Dans le cadre du présent examen, on s'est intéressé aux liens entre la Stratégie canadienne antidrogue et les provinces, qui sont des joueurs clés dans le secteur des toxicomanies au Canada. Le Mémoire au Cabinet reconnaît le rôle qu'ont à jouer les provinces dans ce secteur et il souligne que ces dernières doivent participer à l'effort de coordination. La contribution des provinces inclut notamment : programmes de traitement, secteur où les provinces jouent un rôle de premier plan; vaste gamme de programmes de prévention, recherches (en Alberta et en Ontario surtout); application de la loi et réglementation (touchant l'alcool et les médicaments d'ordonnance particulièrement). En d'autres termes, les provinces aussi mettent en oeuvre des programmes dans les trois grands secteurs d'activité du domaine des toxicomanies : la prévention, les traitements et la réadaptation, et l'application de la loi. De plus, deux provinces au moins, soit l'Ontario et le Québec, ont leur propre stratégie antidrogue. Le champ ouvert à la coordination est vaste; malheureusement, ce champ est dans une large mesure inexploré. Il n'a pas été possible, au cours du présent examen, de déterminer qui est responsable de la coordination fédérale-provinciale dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Détérioration de la coordination fédérale-provinciale

S'il y a une leçon générale à tirer de l'expérience de la Stratégie canadienne antidrogue pour ce qui est de la coordination, c'est bien que la coordination n'est pas quelque chose qui va de soi. Ce quelque chose doit être voulu, relever de la compétence explicite d'un organisme dûment choisi et accepté comme organe responsable, et reposer, pour sa réalisation, sur le recours à des mécanismes, comités ou groupes de travail. Au moment de la préparation du présent rapport, aucun mécanisme n'était en place pour assurer systématiquement la coordination fédérale-provinciale dans le domaine des toxicomanies. Le résultat est prévisible. Au cours d'entrevues auprès de représentants de chaque organisme provincial ou territorial chargé de programmes de prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies, 100 % des répondants ont indiqué qu'il y avait eu dégradation de la coordination depuis le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue en 1992, que les choses allaient mieux sur ce plan au cours de la Phase I. Ils rappelaient aussi que la coordination était un objectif explicite de la Phase II.

Manque de clarté au niveau du partage des responsabilités

La raison la plus souvent citée pour expliquer cet état de choses est la dissolution en 1990 du Comité consultatif fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues et le fait qu'aucun organisme n'a assuré la relève. Ce comité, qui chapeautait plusieurs sous-comités et groupes de travail, est considéré par bon nombre de personnes qui travaillent dans le secteur de la prévention comme ayant été le plus important organe de coordination des politiques et des programmes fédéraux et provinciaux. Il s'intéressait à un large éventail de problèmes et on lui doit la production de nombreuses ressources d'éducation et de formation, de sensibilisation du public, de recherche et de développement communautaire. Fait important, ce Comité était reconnu et accepté comme l'organe chargé de la coordination. Maintenant, on ne sait pas au juste qui doit veiller à la coordination fédérale-provinciale, quel genre de coordination doit être assuré et par quelle voie.

On pourrait penser que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue est l'organe tout désigné, étant donné que son mandat général inclut la coordination de la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, le Secrétariat n'entretient pas de liens avec les provinces, si ce n'est dans le cadre de comités spéciaux ou bilatéraux. La plupart des représentants provinciaux interrogés ont indiqué que le Secrétariat, selon eux, doit veiller à la coordination des activités des ministères fédéraux, et non des activités des gouvernements fédéral et provinciaux. Pour sa part, le Secrétariat soutient qu'il ne peut tenir des rencontres de tous les représentants des provinces et des territoires, parce que cela équivaudrait à recréer le Comité consultatif.

Afin de préparer le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, le Secrétariat a tenu, en 1991, une série de consultations à travers le Canada. Le but visé était de connaître les vues de personnes représentant un large éventail de secteurs sur la nature des problèmes de toxicomanie au Canada et sur ce que devrait faire le gouvernement fédéral au cours de la Phase II de la Stratégie. C'est la dernière fois que le Secrétariat a pu rencontrer les représentants provinciaux, si ce n'est pour des discussions bilatérales, et la dernière fois que certains représentants provinciaux déclarent avoir été consultés par le Secrétariat. Force est de constater encore une fois que les rôles et responsabilités

du Secrétariat à l'égard des provinces sont mal définis. L'examen à mi-parcours n'a pas fourni d'éclaircissements à ce sujet.

À de très rares exceptions près, les personnes interrogées estiment qu'il faut qu'un mécanisme officiel soit mis en place, si l'on veut que le gouvernement fédéral soit actif dans le secteur de la prévention et que son action soit coordonnée avec celle des provinces. En théorie, le Comité consultatif sur la santé de la population devrait se charger du dossier des toxicomanies, mais les personnes rejointes au cours de l'examen à mi-parcours ont indiqué que cette question n'avait encore jamais été soulevée lors des réunions du Comité.

Le présent rapport ne se prononcera pas sur le bien-fondé de la décision de dissoudre le Comité consultatif fédéral-provincial sur les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. En revanche, il soulignera l'écart entre le concept de la Stratégie canadienne antidrogue, vue comme une initiative coordonnée incluant les programmes provinciaux, et la situation réelle, où on observe un manque de coordination et l'absence de mécanisme de coordination en bonne et due forme. Nous tenons à rappeler que les gouvernements fédéral et provinciaux-territoriaux ont élaboré des politiques et des programmes pendant bien des années par l'intermédiaire du Comité consultatif et de ses sous-comités et groupes de travail et que ces efforts de coordination ont précédé la Stratégie canadienne antidrogue. Fait ironique, au moment même où l'on mettait en place une Stratégie afin d'améliorer la coordination, était démantelé un important mécanisme qui aurait pu assurer la coordination des activités des différents paliers de gouvernement.

Rôle de l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues auprès des provinces

L'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues de la Direction de la promotion de la santé a participé à des discussions avec des représentants des provinces et des territoires. Ainsi, elle a créé un comité fédéral-provincial-territorial de la recherche, qui est chargé de préparer l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada. Récemment, l'Unité a réuni des représentants des provinces et des territoires dans le seul but de discuter avec eux des programmes de recherche et de prévention. Elle a tenu deux réunions depuis le début de la Phase II. Tous les représentants des provinces et des territoires accueillent favorablement l'occasion qui leur est offerte de discuter ensemble, mais ils reconnaissent que les réunions ont une portée limitée et qu'elles ne peuvent remplacer les activités du Comité consultatif ou d'une autre structure permanente ni produire tous les avantages découlant de ces activités. Le Comité assurait la coordination des activités des provinces et des territoires ainsi que la coordination des activités menées à bien aux échelons provincial-territorial et fédéral. Les réunions tenues sous l'égide de la Direction de la promotion de la santé ont pour objet, essentiellement, de faciliter l'échange d'information.

Tout en étant bien accepté par les provinces, le rôle d'organe de coordination fédérale-provinciale joué par l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues a ajouté à la confusion des provinces qui ne savent plus qui au juste représente le gouvernement fédéral. De leur point de vue, trois organismes sont les porte-parole du gouvernement fédéral dans le dossier des toxicomanies, soit le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, le Centre canadien de lutte

contre les toxicomanies et la Direction de la promotion de la santé. Les représentants des provinces ne savent plus au juste à qui ils doivent s'adresser quand ils veulent communiquer avec le gouvernement fédéral.

Le PNRDS et les autres programmes de recherche

En dépit de la place à part accordée à la question de la base d'information dans le présent examen, la création d'une telle base et la diffusion d'information sont en partie des questions de coordination. La Direction générale des programmes et des services de santé mène à bien ou finance une grande proportion des recherches en matière d'alcool et de drogues du Ministère, mais d'autres Directions générales s'intéressent activement au secteur de la recherche. Ce secteur et celui de l'information sont des domaines où il y a beaucoup de place pour des activités de coordination, et il est certainement dans l'esprit de la Stratégie canadienne antidrogue d'exploiter les possibilités qui s'offrent à cet égard.

On peut citer des exemples d'efforts de coordination qui sont directement attribuables à la Stratégie canadienne antidrogue. Au cours de la Phase II, le Programme national de recherche et de développement en matière de santé devait prendre comme groupes cibles les populations à haut risque, tel que le demandait le Cabinet. Avant d'annoncer une «Demande de propositions de recherche», le personnel du PNRDS a rencontré des représentants de la communauté scientifique et du gouvernement afin de discuter des priorités à prendre en compte dans le secteur de la recherche. Pour la rédaction de la «Demande de propositions de recherche», le PNRDS a travaillé en collaboration avec le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et l'Unité des programmes de l'alcool et des drogues de la Direction de la promotion de la santé. Malheureusement, en dépit des efforts faits pour obtenir des propositions de la part d'autres milieux que le milieu universitaire, de la part d'organismes tels que la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ou le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, aucune proposition émanant de ces autres milieux n'a été reçue. La réponse à la Demande de proposition a été décevante, selon les responsables du programme, et les propositions reçues émanaient pour la plupart du milieu universitaire. Le Ministère, qui doit pourtant être le principal bénéficiaire direct des recherches qui seront effectuées, n'a fait aucune suggestion concernant le type de recherches requises dans le secteur des toxicomanies. Cet état de choses donne à penser qu'il n'existe pas de plan d'ensemble en matière de recherche au Ministère ou pas de mécanisme de planification de la recherche touchant ces questions. Cela va à l'encontre des exigences formulées dans le Mémoire au Cabinet concernant la nécessité d'améliorer la coordination et la base d'information dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

L'évaluation du PNRDS, faite à Santé Canada en 1994, révélait que la diffusion de l'information générée par les programmes pouvait être améliorée et que parfois les rapports des chercheurs sont écrits dans un langage qui convient aux scientifiques, mais non aux décideurs ou aux responsables de l'élaboration des politiques. Ce facteur, auquel il faut ajouter l'absence de plan de recherche coordonné, indique qu'il y a un fossé entre les besoins en recherches de Santé Canada ou de la Stratégie canadienne antidrogue et les recherches extra-muros. Peu de données permettent de croire que les besoins en recherches de la

Stratégie canadienne antidrogue sont coordonnés et communiqués aux chercheurs ou que les résultats des recherches sont communiqués à tous ceux qui ont à élaborer des politiques ou à concevoir des programmes. On reviendra sur ce point et sur l'«Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada» de la Direction générale des programmes et des services de santé dans la partie sur l'information.

Direction générale de la protection de la santé

Les programmes de la Direction générale de la protection de la santé ont été peu touchés par la Stratégie canadienne antidrogue, comme nous l'avons déjà souligné dans les paragraphes traitant du choix des groupes cibles. La même remarque s'applique à propos de la coordination des programmes. Les entrevues n'ont rien révélé qui permette de croire que la participation à la Stratégie canadienne antidrogue a pu se traduire par une meilleure coordination des activités de la Direction générale. L'information recueillie lors des entrevues donnait de la Direction générale l'image d'un organe isolé du reste du Ministère. Des membres du personnel de la Direction générale ont parlé de l'ingérence du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue dans leur travail et d'autres ont indiqué que leur Direction générale n'était pas vraiment intéressée à collaborer avec les autres dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Cette remarque s'applique entre autres à la rédaction du projet de loi C-7 et aux activités générales de partage de l'information.

Les lacunes au niveau de la coordination des programmes de la Direction générale de la protection de la santé tiennent en partie au fait que ces programmes visent à contrôler l'offre, et non à réduire la demande de drogue. Ces programmes, du moins à première vue, sont d'un tout autre ordre que les autres programmes mis en oeuvre par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. En revanche, ces programmes aussi se prêtent à des activités de coordination. Le fait qu'un programme vise à réduire l'offre de drogue n'en fait pas un programme sans intérêt pour tous ceux qui mettent en oeuvre des programmes de réduction de la demande. L'une des idées clés à l'origine de la Stratégie canadienne antidrogue prévoit justement qu'il y a des avantages à retirer de la coordination de réduction de l'offre et de réduction de la demande. S'il en était autrement, on ne voit pas pourquoi on aurait créé une Stratégie globale.

La coordination commence souvent par une activité d'échange d'information présentant un intérêt mutuel. La Direction générale de la protection de la santé dispose d'une somme imposante de renseignements sur les substances psychoactives : dossiers de prescription qui fournissent des indications, entre autres, sur les tendances de l'usage et de l'utilisation de médicaments à des fins détournées, dossiers criminels, dossiers à jour sur les saisies de drogues qui indiquent quelles drogues se vendent sur le marché noir, et renseignements sur les effets de drogues spécifiques sur les personnes. Il ne semble pas, toutefois, que toutes ces informations soient utilisées à l'extérieur de la Direction générale en vue de l'élaboration de programmes ou de politiques. Une bonne part de ces informations pourraient faciliter la conception de programmes de réduction de la demande, depuis surtout que le gouvernement favorise la mise en place de programmes mieux ciblés.

Direction générale des services médicaux

Les programmes que met en oeuvre la Direction générale des services médicaux dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue se présentent pour la plupart sous la forme de subventions et contributions allouées à des collectivités qui utilisent ces fonds pour des activités de promotion de la santé et pour toutes sortes d'interventions visant à prévenir les toxicomanies. Ces programmes sont administrés par les bureaux régionaux qui s'efforcent de coordonner leurs activités et celles des collectivités et qui encouragent ces dernières à coordonner les programmes connexes offerts localement. Ce type de coordination va dans soi dans ce genre de contexte; les efforts de coordination dont il s'agit ici ne sont pas déployés en réponse spécifiquement à l'appel en faveur de plus de coordination lancé dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Au cours de la Phase II de la Stratégie, la Direction générale des services médicaux met en oeuvre un programme à l'intention des autochtones vivant hors réserve, le principal groupe cible de ce programme étant les jeunes qui risquent de faire abus de solvants. Ce programme est administré par le bureau principal de la Direction générale où sont acheminées les propositions de projet. La Direction générale des programmes et des services de santé joue un rôle dans le processus de sélection des projets. Les autochtones vivant hors réserve comptent aussi parmi les groupes cibles du programme de sensibilisation publique de la Direction générale des programmes et des services de santé, des activités d'élaboration de politiques, de recherche et d'évaluation de l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues et des efforts déployés dans le cadre de Toxicomanie et programmes subventionnés par la communauté. La Direction générale des programmes et des services de santé a collaboré avec la Direction générale des services médicaux à la mise au point de programmes à l'intention des autochtones vivant hors réserve; ces deux Directions générales se disent satisfaites de la coordination de leurs activités. Le but visé est non seulement d'améliorer les programmes, mais aussi d'éviter les doubles emplois et les lacunes. Il s'agit là d'une approche louable et intelligente de la part de deux Directions générales qui mettent en oeuvre des programmes similaires.

Résumé

À Santé Canada, aucun organe n'est chargé de favoriser la coordination des programmes mis en oeuvre par les différentes Directions générales. Seule la Direction générale des programmes et des services de santé a un organe chargé de coordonner les activités menées à bien dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, ces efforts de coordination ne vont pas au-delà de la Direction générale. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que la coordination des activités des différentes Directions générales soit relativement peu satisfaisante. Selon les constatations faites au cours du présent examen, les activités destinées aux autochtones vivant hors réserve sont presque les seules à échapper à cette règle.

Qui plus est, les programmes de Santé Canada n'incorporent pas d'objectifs en matière de coordination. On pourrait prétendre qu'il n'y a pas de quoi faire des histoires, qu'il n'est pas nécessaire de favoriser davantage la coordination pour avoir des programmes efficaces. Toutefois, il y a une raison prima facie de croire qu'on pourrait rendre les programmes plus efficaces en favorisant une meilleure coordination des programmes mis en oeuvre par les différentes Directions générales, et il revient à Santé Canada d'examiner les possibilités qui

s'offrent dans l'esprit de la Stratégie canadienne antidrogue; après tout, chaque programme mis en oeuvre dans le cadre de la Stratégie vise le même objectif général, c'est-à-dire réduire les torts causés aux Canadiens par l'alcool et les autres drogues.

Voici quelques exemples d'efforts de coordination possibles dans l'immédiat au niveau de l'élaboration des politiques ou de la planification stratégique :

- Beaucoup de recherches sont effectuées dans le cadre des programmes mis en oeuvre par chaque Direction générale. En coordonnant les efforts, on serait plus à même de déterminer les recherches requises, améliorer la diffusion et l'utilisation des résultats et éviter les recoupements dans les recherches effectuées dans le cadre de la Stratégie.
- Trois Directions générales mettent en oeuvre des programmes de prévention visant à réduire la demande de substances psychoactives. En coordonnant les efforts, on serait plus à même de déterminer quelles interventions sont les plus efficaces auprès de différents groupes cibles. L'information à ce sujet pourrait être communiquée aux autres ministères qui mettent en oeuvre des programmes de réduction de la demande.
- Dans le même ordre d'idées, différentes Directions générales pourraient travailler de concert à la conception de programmes, du moins dans le secteur de la réduction de la demande, mais aussi dans celui du contrôle de l'offre.
- Les trois Directions générales qui mettent en oeuvre des programmes et la Direction générale de la politique et de la consultation élaborent des politiques sur différents aspects des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. Il ne semble pas y avoir d'efforts de coordination de ces politiques dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue à Santé Canada, ce qui représente une lacune. (Cette lacune pourra être corrigée en partie si le Comité parlementaire de la santé procède à une révision de la politique actuelle touchant les drogues après l'adoption du projet de loi C-7. Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue jouerait sans doute un rôle dans ce processus qui conduirait éventuellement à la détermination de la position de Santé Canada sur la question).

Pendant des années, on a dit que les Directions générales qui existent à Santé Canada avaient tendance à fonctionner en vase clos, et pendant des années on a dit que cet état de choses réduisait l'efficacité générale des activités du Ministère. La Stratégie canadienne antidrogue se présente comme une possibilité de «changer le cours des choses»; jusqu'à un certain point, il semble que cette occasion ait été manquée.

COORDINATION DES ACTIVITÉS DE SANTÉ CANADA ET D'AUTRES MINISTÈRES

Jusqu'ici, nous n'avons pas abordé la question de la coordination des activités de Santé Canada et des autres ministères. Comme pour les programmes mis en oeuvre par le Ministère, il n'existe aucun plan général de coordination des activités de Santé Canada et de celles des autres partenaires que réunit la Stratégie canadienne antidrogue. Bien sûr, il existe des liens entre certaines activités, mais la plupart d'entre elles ont vu le jour avant que la Stratégie ne soit lancée et ne doivent pas leur existence à la Stratégie; les liens créés résultent de bonnes pratiques en matière de gestion ou de mise en oeuvre de programmes. En d'autres termes, la coordination qu'on peut observer des activités de Santé Canada et de celles des autres ministères aurait existé même en l'absence de la Stratégie.

Nous pouvons illustrer ce fait à l'aide d'un exemple. La Direction générale de la protection de la santé offre des services d'analyse de drogues à la police pour faciliter les poursuites en justice et certaines enquêtes complexes. Les rapports entre la Direction générale et la police sont des rapports de clients à prestateur de services. L'importance de l'activité d'analyse est fonction de la demande de service. Comme le travail de laboratoire accompli à la Direction générale se présente comme une chaîne d'événements conduisant à un procès, il y a coordination de ce travail et des autres activités comprises dans le processus. Ce genre de coordination n'est pas le fait de la Stratégie canadienne antidrogue; cette coordination existait avant même qu'un appel en faveur de plus de coordination soit lancé dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

L'élément nouveau de la Phase II de la Stratégie est constitué des unités intégrées de lutte contre les profits des trafiquants qui ont été créées à Vancouver, à Toronto et à Montréal. Ces unités sont en fait des projets de démonstration mis sur pied pour vérifier l'efficacité d'un système conçu pour lutter contre les profits des trafiquants. Ces unités, dont l'activité est coordonnée par le Secrétariat du Solliciteur général, collaborent avec la GRC, Douanes Canada, Justice Canada, ainsi que Santé Canada qui fournit des services d'analyse de drogues. Au début, Santé Canada devait continuer de gérer les biens saisis et confisqués; cette responsabilité est assumée par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada depuis septembre 1993.

Dans les faits, le rôle du Ministère à l'égard de ces unités, dont l'activité est très coordonnée, demeure périphérique. Santé Canada ne fait rien d'autre qu'offrir des services d'analyse de drogues comme il le faisait avant la création des Unités intégrées de lutte contre les profits des trafiquants. Ainsi, le comité de coordination n'inclut pas de représentant de Santé Canada, aucune invitation en ce sens n'ayant été lancée. Qui plus est, ces unités pilotes font l'objet d'une évaluation annuelle. Jusqu'ici, les rapports d'évaluation remis ne contiennent rien au sujet du rôle dévolu à Santé Canada. Par ailleurs, aucun représentant de la Direction générale de la protection de la santé n'a participé à l'atelier d'évaluation tenu en septembre 1994 sous l'égide du Secrétariat du Solliciteur général; pourtant, participaient à cet atelier des représentants du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et même du secteur privé. Si l'on pense qu'il serait utile que Santé Canada participe aux efforts de coordination, force est de constater que tel n'est pas le cas. Précisons, toutefois, que les unités reconnaissent la grande qualité du travail accompli par les laboratoires de Santé Canada à l'appui des enquêtes qu'elles mènent à bien.

Comité interministériel

Un organe, soit le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue, que préside le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, a été créé par Santé Canada et chargé de favoriser la coordination des activités des partenaires fédéraux. Les membres de ce Comité sont des gestionnaires de programme de chacun des ministères participants. Toutefois, Santé Canada y occupe une place prépondérante à cause du grand nombre de programmes qu'il met en oeuvre. Ce Comité est l'organe qui est le mieux placé pour assurer la coordination des activités, mais il a failli à la tâche comme cela est souligné dans le rapport interministériel d'examen à mi-parcours. Ce Comité, d'ailleurs, ne s'est pas réuni depuis plusieurs mois. Les rencontres qu'il a tenues n'avaient d'autre but que l'échange d'information. Là s'arrête la coordination assurée par ce Comité. Même l'échange d'information a été limité, puisque c'est principalement le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue qui a communiqué de l'information aux autres participants. La plupart des représentants des autres ministères participants demeuraient silencieux au cours des réunions.

Comité directeur

Le Comité directeur interministériel est un autre organe qui pourrait assumer des fonctions de coordination. Créé en 1992, ce Comité devait se charger d'évaluer la Stratégie canadienne antidrogue. Toutefois, en l'absence de comité de gestionnaires supérieurs chargés de diriger la Stratégie elle-même, la Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada s'est efforcée, en collaboration avec le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, d'obtenir que le mandat du Comité soit élargi de façon à inclure non seulement l'évaluation de la Stratégie, mais aussi sa direction. Le nouveau mandat n'a été adopté par le comité qu'à la fin de 1994. On trouvera plus d'information au sujet de ce comité dans le rapport interministériel.

SECRÉTARIAT DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

Les responsabilités du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue pour ce qui est de la coordination des activités au sein de Santé Canada ne sont pas clairement définies et il en est ainsi depuis la création du Secrétariat en 1990. Cet organe a été mis sur pied pour préparer le Mémoire au Cabinet sur le renouvellement de la Stratégie nationale antidrogue. En application de son mandat, le Secrétariat devait consulter les «partenaires» que réunit la Stratégie et coordonner le processus de renouvellement. (La rédaction du document a été assurée par la Direction générale de la politique et de la consultation de Santé Canada). Dans le cadre du renouvellement de la Stratégie, le Cabinet a décidé de maintenir en place le Secrétariat et de lui confier quatre secteurs clés de responsabilité, sans toutefois préciser le contenu de chacun. Voilà pourquoi il y a beaucoup de confusion à Santé Canada comme ailleurs au sujet des responsabilités et pouvoirs du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Cette confusion s'est traduite par une coordination moins efficace qu'elle n'aurait pu l'être. Il n'entre pas dans les visées du présent rapport de déterminer la cause de cette confusion; notre seul but est de souligner qu'une confusion existe, dans l'espoir que l'on fera le nécessaire pour corriger la situation.

Confusion au sujet du rôle du Secrétariat

Le rôle du Secrétariat est confus non seulement pour les gestionnaires de programme, mais aussi pour ses membres. Suite à la présentation d'un document de base par le Groupe de travail interministériel sur l'évaluation, qui soulignait l'absence d'objectifs de coordination de la Stratégie, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a organisé une série de rencontres bilatérales avec les membres du Comité interministériel afin de déterminer avec eux le rôle qu'il devait jouer. Les résultats ont été équivoques. Aucune orientation claire n'a été fixée et aucune décision n'a été prise par le Secrétariat. Cette situation perdure. On ne s'entend tout simplement pas sur le rôle que doit ou que devrait jouer le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Pour les responsables de programmes au palier provincial, le rôle du Secrétariat, comme nous l'avons déjà mentionné, se limite à la sphère fédérale. Pour bon nombre de responsables de programmes à Santé Canada, le rôle du Secrétariat se limite à la coordination des activités des ministères fédéraux en matière d'élaboration de politiques, mais non en matière de conception de programmes; pour d'autres à Santé Canada, le Secrétariat doit se préoccuper davantage des questions relatives à l'application de la loi que des questions de santé. Enfin, on estime généralement à l'extérieur de Santé Canada que le Secrétariat est d'abord et avant tout un organe de Santé Canada et que son rôle vis-à-vis des autres participants que réunit la Stratégie est très limité.

Il y a aussi confusion au sujet des rôles respectifs du Secrétariat et du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, et cet état de choses est étonnamment persistant. Cette confusion existe en effet depuis des années; en dépit des efforts déployés par les deux organismes pour clarifier les choses et déterminer leur mandat respectif et ce qui les distingue, la situation demeure confuse. Ces problèmes ne peuvent que miner la capacité du Secrétariat d'agir en qualité d'organe de coordination et que diminuer les avantages pour les Canadiens de la coordination des activités reliées aux drogues des sept ministères participant à la Stratégie canadienne antidrogue.

Localisation du Secrétariat sur le plan organisationnel

La localisation du Secrétariat sur le plan organisationnel soulève certaines questions au sujet de sa capacité d'agir en qualité d'organe de coordination. On peut en effet se demander pourquoi la fonction de coordination d'une initiative multiministérielle devrait être confiée à l'un des ministères participants. Il est courant, au gouvernement fédéral, de prévoir que l'organe de coordination d'une initiative multiministérielle sera créé au sein du ministère directeur désigné. Ainsi, la Stratégie nationale pour l'intégration des personnes handicapées est coordonnée par un organe créé au sein de Développement des ressources humaines Canada. Dans le cas qui nous occupe ici, Santé Canada est le ministère directeur désigné, ce pourquoi il est le siège du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Le fait que ce ministère met en oeuvre des programmes de réduction de la demande comme de réduction de l'offre renforce ce choix.

La localisation du Secrétariat au sein de Santé Canada soulève aussi des questions. Dans ce ministère, trois directions générales hiérarchiques mettent en oeuvre des programmes antidrogue indépendants, qui touchent à la réduction de l'offre comme à la réduction de la demande. Au début, le Secrétariat était comptable au sous-ministre, puis il est devenu comptable au sous-ministre

délégué (1992), puis, enfin, au sous-ministre adjoint de la Direction générale de la politique et de la consultation (1993); dans ses rapports hiérarchiques, le Secrétariat demeurait indépendant des directions générales hiérarchiques mettant en oeuvre des programmes antidrogue. En 1994, le Secrétariat a été rattaché à la Direction générale des programmes et des services de santé, où il était comptable au sous-ministre adjoint. Maintenant, le Secrétariat est comptable à un directeur général au sein de la même Direction générale. Ce dernier changement est trop récent pour que l'on puisse cerner les effets qu'il aura sur la capacité du Secrétariat d'agir en qualité d'organe de coordination.

Toutefois, l'examen à mi-parcours a permis d'établir que les membres du Secrétariat estiment que la capacité du Secrétariat d'agir en qualité d'organe de coordination a été affaiblie quand il a été décidé de le rattacher à une direction générale hiérarchique qui est très active dans le secteur de la réduction de la demande. Voilà pourquoi, selon eux, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a de la difficulté à convaincre les autres joueurs au sein du Ministère et ailleurs au gouvernement fédéral qu'il agit pour le compte de la Stratégie dans son ensemble. Il lui est difficile, en effet, de convaincre les autres ministères qu'il les représente tous, et qu'il n'est pas seulement le porte-parole de Santé Canada, et il lui est même difficile de convaincre tous les joueurs à Santé Canada qu'il les représente tous aussi.

On ne peut déterminer au juste quel effet ces changements organisationnels ont pu avoir sur la capacité du Secrétariat de coordonner l'activité des ministères fédéraux participants. L'examen à mi-parcours ne s'est pas penché sur cette question. Toutefois, il semble qu'elle soit suffisamment importante pour justifier qu'on s'y attarde dans l'évaluation finale, quand les effets de ces changements seront plus évidents.

Exemples d'activités de coordination

Sur le plan de la coordination, le Secrétariat a surtout agi au niveau interministériel. Pour ce qui est des activités présentant un intérêt particulier pour Santé Canada, il a notamment organisé un atelier sur les jeunes marginaux auquel ont participé des représentants de la Direction générale des programmes et des services de santé et d'organismes de l'extérieur du gouvernement fédéral, et il a participé à diverses rencontres et conférences organisées par d'autres organismes. L'examen signale que l'activité du Secrétariat sur le plan de la coordination a été rehaussée au cours des derniers mois. Ainsi, le Secrétariat s'est occupé, en collaboration avec des représentants de la Stratégie antidrogue de chacune des directions générales et des représentants d'initiatives connexes comme la Stratégie nationale sur le SIDA et l'Initiative en matière de violence familiale, de préparer une prise de position ministérielle sur le concept vague et controversé de la «réduction des torts». Jusqu'ici, Santé Canada est le seul ministère qui a défini sa position sur la signification et les conséquences de la réduction des torts dans le domaine des toxicomanies. Il était important que Santé Canada prenne une telle initiative, étant donné que la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue se distingue de la précédente par une approche explicitement axée sur la réduction des torts, son objectif principal. Au moment de la rédaction du présent rapport, on ne savait pas si d'autres ministères endossaient la position de Santé Canada sur ce concept clé.

Nouveau texte législatif

Le projet de loi C-7, Loi sur les substances contrôlées, a fourni au Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue une nouvelle occasion de jouer son rôle d'organe de coordination au sein de Santé Canada. Ce projet de loi, dont la longue histoire remonte bien avant la création de la Stratégie canadienne antidrogue (Phase I), demeure un sujet de controverse et a fait l'objet de nombreuses modifications. Afin de faire connaître au Comité parlementaire le point de vue de Santé Canada sur quelques-unes des questions soulevées récemment, le Secrétariat a veillé au cours des six derniers mois à réunir des représentants de la Stratégie antidrogue de chacune des directions générales de Santé Canada ainsi que des représentants des stratégies connexes, notamment la Stratégie nationale sur le SIDA, le but visé étant d'obtenir un consensus sur différents aspects du projet de loi lui-même ainsi que sur ses conséquences sur le plan politique. On doit souligner que les représentants de la Stratégie nationale sur le SIDA ont grandement apprécié cette occasion qui leur a été offerte de faire valoir leur point de vue. Ils ont pu en effet non seulement souligner les effets possibles du projet de loi sur leurs partenaires, mais aussi obtenir que leurs partenaires comprennent mieux les enjeux. Ils ont indiqué qu'ils appréciaient grandement l'échange d'information sur ce point entre les représentants des deux stratégies.

Pas de rôle au niveau des programmes

Chose certaine, la coordination à ce niveau est importante. Il s'agit avant tout d'un concept qui s'applique aux politiques et aux lois, et non à l'élaboration des programmes. Dans l'ensemble, le Secrétariat a été moins proactif pour ce qui est de coordonner les programmes élaborés par les différentes directions générales de Santé Canada. On peut se demander pourquoi le Secrétariat n'a pas été plus actif dans ce secteur au sein de Santé Canada. Il est possible que ce soit à cause de l'opinion, répandue à Santé Canada, selon laquelle le Secrétariat ne doit jouer aucun rôle au niveau des programmes, que ses responsabilités en tant qu'organe de coordination s'appliquent à l'activité des sept ministères fédéraux qui participent à la Stratégie, et non à ce qui se fait à l'intérieur de Santé Canada. En d'autres termes, il semble qu'on ait conclu que le Secrétariat ne pouvait rien faire appliquer à Santé Canada qu'il ne pouvait imposer aux sept ministères que réunit la Stratégie, comme, par exemple, inviter des représentants aux rencontres du Comité interministériel. Voilà pourquoi on s'oppose fermement à ce que le Secrétariat joue un rôle plus déterminant au niveau de la coordination des programmes.

Ce raisonnement est curieux, toutefois. Si le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue doit coordonner l'activité des sept ministères, il doit en conséquence coordonner les programmes offerts par ces derniers. Or, la Stratégie est d'abord et avant tout un ensemble de programmes et la coordonner revient grosso modo à coordonner les programmes qui la composent. Cette responsabilité vise Santé Canada aussi. Ceux qui s'opposent à ce que le Secrétariat coordonne les programmes de Santé Canada semblent penser qu'il est bien que le Secrétariat coordonne les programmes des autres ministères, mais non ceux de Santé Canada. On pourrait rétorquer à ces opposants que le Secrétariat est bien placé pour cerner les secteurs d'activité qui se prêtent à une action coordonnée, comme la prestation directe de programmes, la gestion de l'information ou la conception de programmes, parce qu'il a ou qu'il peut avoir une vision claire de ce que font tous les partenaires que réunit la Stratégie,

vision qu'aucun des partenaires ne peut avoir. Parce que sa perspective est large et globale, le Secrétariat est mieux placé que les autres pour faciliter la coordination non seulement des politiques, mais aussi de la conception et de la mise en oeuvre des programmes.

Le problème, au fond, réside dans le fait qu'on ne s'est pas entendu sur la nature de la coordination requise dans le contexte de la Stratégie canadienne antidrogue, à l'intérieur comme à l'extérieur de Santé Canada, et que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue n'est pas pleinement accepté, à Santé Canada, comme un joueur clé au sein de la Stratégie canadienne antidrogue. Tant que cet état de choses ne sera pas corrigé, il y peu de raison d'espérer une amélioration notable de la coordination des programmes des directions générales ou des ministères participants.

Les représentants du Secrétariat se présentent comme la conscience de la Stratégie canadienne antidrogue. En d'autres termes, ils s'efforcent d'obtenir que les participants fédéraux à la Stratégie ne perdent pas de vue l'objectif global visé et ils leur rappellent que les efforts de chacun des ministères participants s'inscrivent dans le cadre d'une initiative globale dont le succès dépend des efforts concertés de chacun des participants vers la réalisation d'un objectif commun. Il est possible que ce rôle ne soit pas assez important pour se traduire par une amélioration de la coordination. On trouvera plus d'information au sujet du rôle du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue dans le rapport interministériel.

CONTEXTE

Dans le cadre d'évaluation de 1992, l'information était reconnue comme l'un des quatre mécanismes pouvant permettre d'améliorer les programmes rattachés à la Stratégie canadienne antidrogue. Cette place accordée à l'information est appropriée en temps de compressions budgétaires. Le gouvernement n'est plus capable de favoriser la mise en oeuvre des programmes en se contentant à toutes fins utiles de majorer les budgets. Il doit plutôt veiller à améliorer le choix des groupes cibles et la coordination des programmes ainsi que les modes de regroupement et d'utilisation de l'information. L'accès à de l'information juste est une condition qui doit être remplie si l'on veut être à même d'élaborer des politiques, de concevoir des programmes, de choisir les groupes cibles et de coordonner les programmes. Cette condition à toujours été essentielle à la prise de décisions rationnelles; maintenant, elle est essentielle à la prestation de services de la façon la plus rentable possible.

INTENTIONS DE SANTÉ CANADA

Santé Canada reçoit des fonds au titre de la Stratégie canadienne antidrogue pour la réalisation d'objectifs directement reliés à l'information. Les programmes ou les organismes qui ont reçu des fonds pour la réalisation de tels objectifs sont :

- le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue
- le Programme national de recherche et de développement en matière de santé
- l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada
- le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

D'autres programmes comprenaient des activités de recherche et de collecte d'information menées pour leur propre compte; certains d'entre eux étaient directement reliés à la Stratégie canadienne antidrogue, et d'autres existaient avant même que la Stratégie ne soit lancée. Ainsi, la campagne de sensibilisation du public menée par la Direction de la promotion de la santé comprenait des recherches sur les jeunes marginaux qui avaient pour but de trouver des moyens de mieux rejoindre cette population. Par ailleurs, la Direction générale de la protection de la santé recueillent des données sur les médicaments psychoactifs d'ordonnance, sur les nouveaux types de drogues de la rue et leurs effets sur ceux qui les consomment ainsi que sur les activités criminelles reliées aux drogues. La Stratégie canadienne antidrogue leur a permis d'améliorer leurs technologies de l'information et d'automatiser en partie la collecte de données. Ce dernier exemple d'activité de recherche et de collecte de données ne représente pas quelque chose de nouveau dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, mais quelque chose qui en fait partie intégrante. La Direction générale de la protection de la santé menait à bien ce genre d'activité avant même que la Stratégie ne soit créée.

ACTIVITÉ RELIÉE À L'INFORMATION :

PNRDS

On doit souligner, pour ce qui est des activités reliées à l'information, que Santé Canada a mené à bien des activités concernant les nouveaux groupes cibles. Les fonds du PNRDS sont entièrement affectés à des recherches extra-muros concernant les mêmes groupes à haut risque que ceux qu'a choisi de viser la Direction générale des programmes et des services de santé, à savoir les jeunes

marginaux, les femmes qui prennent de l'alcool et des drogues pendant la grossesse, les aînés qui prennent des médicaments d'ordonnance à mauvais escient, les autochtones vivant hors réserve et les personnes qui prennent le volant après avoir bu. On peut voir là un exemple de planification efficace. Non seulement les groupes cibles visés sont ceux-là mêmes dont se préoccupe la Direction générale, mais ils sont aussi des groupes qui font l'objet de recherches grâce auxquelles on pourra améliorer les programmes. On connaît relativement peu de choses au sujet de ces populations à haut risque, mais les recherches effectuées ou parrainées par Santé Canada devraient faciliter l'élaboration de programmes efficaces.

EADC

Au cours de la Phase I, la Direction générale des programmes et des services de santé a mené à bien l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues. Cette enquête exhaustive sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens est reprise au cours de la Phase II, sous le nom d'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada (EADC), et inclut désormais les Territoires qui ne faisaient pas partie de la première enquête. Si cette enquête est menée régulièrement, elle offrira un outil inestimable qui permettra d'analyser les tendances de la consommation et de déterminer comment améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre les toxicomanies.

Secrétariat de la SCA

Dans le Mémoire au Cabinet, on signalait qu'il fallait réunir de l'information qui permette de déterminer dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue est mise en oeuvre avec succès et on confiait au Secrétariat le mandat de colliger les données nécessaires aux fins de l'élaboration de politiques, de la conception de programmes et des activités d'évaluation. En consultation avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et d'autres partenaires au sein de la Stratégie, le Secrétariat a choisi de financer les projets ci-après, qui devaient chacun fournir de l'information essentielle à la réalisation des objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue :

1. Projet visant à constituer une base de données épidémiologiques sur l'alcool et les drogues. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies mène à bien ce projet qui vise à améliorer les données épidémiologiques sur les drogues et, en conséquence, à faciliter la planification de politiques et de programmes tant au niveau national que local. Participent aussi à ce projet le Secrétariat, l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues, le PNRDS, la GRC, certains représentants provinciaux et des universitaires. Les données qui seront recueillies devraient faciliter le travail d'évaluation dans ce secteur.

2. Projet visant à mettre au point un modèle de collecte de données sur les coûts économiques des torts causés par les drogues. Ce projet, de portée internationale, est aussi mené à bien par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Il doit inclure une série d'ateliers à compter de l'automne de 1995. Les coûts économiques comptaient parmi les torts causés par les drogues signalés dans le cadre

d'évaluation, là où il était question de l'objectif général de réduction des torts de la Stratégie canadienne antidrogue.

3. Projet visant à coordonner les résultats des recherches sur les drogues effectuées au Canada et aux États-Unis. Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue gère un contrat. Le but de ce projet est de maximiser les avantages pour le Canada des recherches sur les drogues effectuées à l'étranger, et plus spécialement aux États-Unis. Ce projet vise notamment à déterminer les moyens d'améliorer la coordination des efforts de recherches au Canada.

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et le Programme national de recherche et de développement en matière de santé ont entamé un processus de consultation précoce des partenaires que réunit la Stratégie afin de déterminer les besoins en données. Les projets ci-dessus sont le résultat de ce processus, mais d'autres besoins en données restent à combler comme on a pu constater. Toutefois, aucune évaluation des besoins en données pour l'ensemble de la Stratégie ou pour la contribution de Santé Canada n'a été effectuée. La plupart des activités de collecte de données s'appliquent à un programme en particulier, et on doit reconnaître que beaucoup d'efforts sont déployés. Ce qui semble manquer, ce sont des liens entre les besoins en information de Santé Canada, les données et (ou) l'information effectives et, enfin, l'utilisation de cette information pour la prise de décisions. En termes plus généraux, ce qui semble manquer, c'est un plan qui permette d'intégrer la production et l'utilisation de l'information, d'une part, et les objectifs de la Stratégie canadienne antidrogue, d'autre part.

Au cours de la première année de la Phase II, le Secrétariat s'est efforcé de fixer des objectifs mesurables pour la Stratégie canadienne antidrogue, afin de mettre en place un système de mesure du rendement. Malheureusement, il n'est pas parvenu à s'entendre avec le Comité interministériel de la Stratégie canadienne antidrogue sur les objectifs à fixer ni sur la façon de procéder aux mesures.

Aucun plan de gestion de l'information

Ce problème ne caractérise pas seulement les programmes que Santé Canada met en oeuvre dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue. L'évaluation du PNRDS a levé le voile sur les difficultés systémiques auxquelles se heurtent la diffusion et l'utilisation des résultats de recherches; et les examens de 1993-1994 des secteurs d'activité de Santé Canada signalaient des lacunes dans la préparation et l'utilisation de l'information au sein du Ministère. On procède actuellement à un examen de la politique en matière de sciences et technologies partout au gouvernement afin d'améliorer la performance du gouvernement dans ce secteur. La Phase I de la Stratégie incluait une évaluation des besoins en données. Un document sur le système d'information sur les substances psychoactives a été produit, mais il semble qu'on en a fait peu de cas. Bien qu'il ait servi de point de départ aux consultations susmentionnées, ce vieux document n'a pas été utilisé ni remplacé au cours de la Phase II. Si on n'a pas une idée claire des données requises, pour quelle raison et par qui, et le Ministère et les responsables de la Stratégie risquent de prendre des décisions fondées sur de l'information insuffisante ou de gaspiller de l'argent à produire des données qui

ne sont pas nécessaires ou qui ne seront pas utilisées parce que mal diffusées ou mal présentées, et de multiplier inutilement les efforts.

L'existence de ces problèmes est partiellement reconnue. Ainsi, la Direction de la promotion de la santé et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies ont tenu en 1993 des ateliers visant à déterminer l'utilité de l'Enquête nationale sur l'alcool et les drogues. Ces ateliers ont permis d'apprendre, entre autres, qu'une bonne part des données émanant de cette Enquête ne correspondaient pas aux besoins en information des prestateurs de programmes, étaient difficiles ou impossibles à obtenir, paraissaient réservées à l'usage exclusif des chercheurs universitaires et étaient soumises à une analyse peu utile pour le gouvernement. Bref, l'Enquête fournissait de l'information pertinente pour les chercheurs universitaires, mais moins utile pour le gouvernement. Cette lacune devrait être corrigée dans la prochaine enquête, soit l'Enquête sur l'alcool et les drogues au Canada.

Santé Canada envisage pour le futur un changement graduel dans son rôle : plutôt que de mettre en oeuvre des programmes, il devrait fournir des fonds, de l'information, des services d'experts ainsi que différents produits et services. L'expérience acquise dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue montre qu'il est nécessaire d'améliorer la gestion des connaissances et de l'information. Les besoins sont les suivants :

- une compréhension coordonnée de l'information dont Santé Canada a besoin pour élaborer des politiques et des textes législatifs ainsi que pour concevoir et mettre en oeuvre des programmes;
- un plan coordonné de production de cette information à l'intention du Ministère dans son ensemble, plutôt que pour chaque programme en particulier;
- un moyen d'assurer que les résultats de la collecte et de l'analyse des données sont utilisables par les décideurs;
- un moyen de faciliter l'utilisation rentable de cette information par les décideurs.

On peut citer quelques exemples de processus de prise de décisions qui semblent ne pas tirer pleinement avantage de l'information disponible. Un bon exemple est celui de la législation élaborée par la Direction générale de la protection de la santé pour remplacer la *Loi sur les stupéfiants* et les Parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues*. Cette législation, qui aura une incidence sur tous les partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue et sur toutes les directions générales de Santé Canada, n'a pas été soumise à une véritable consultation des autres directions générales du Ministère et du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, ce qui permet de penser qu'elle n'a pas été élaborée sur la base de toute l'information pertinente. Ce commentaire ne porte pas ombrage à la législation qui a été élaborée, et qui est encore à l'étape de projet, mais remet en cause le processus qui a présidé à son élaboration et qui s'est étalé sur quelques années. Le manque de communication maintes fois signalé entre les directions générales de Santé Canada a souvent pour manifestation une mauvaise diffusion de l'information dans tout le Ministère.

On ne sait pas trop comment Santé Canada utilise l'énorme masse de données et d'informations disponibles dans le domaine des toxicomanies. Il n'est pas évident que la Stratégie antidrogue a été élaborée sur la base des données que détient la Direction générale de la protection de la santé, des données d'enquête que possède la Direction générale des programmes et des services de santé ou de l'information que conserve le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. De la même façon, on ne sait pas au juste comment cette information est utilisée aux fins de la conception de programmes ou de l'élaboration de politiques à Santé Canada.

On peut, toutefois, citer des exemples de bons échanges d'information, en dépit du manque de plan ministériel en matière d'information. Les efforts concertés déployés à l'intention des autochtones vivant hors réserve ont favorisé de bons échanges d'information entre les directions générales qui offrent des programmes à cette population. De plus, il y a des tribunes qui servent à échanger de l'information; il y a aussi les comités interministériels qui se réunissent pour échanger de l'information, et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies qui gère un centre d'information sur les drogues; enfin, il y a le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue. Bien que des représentants de Santé Canada assistent à leurs rencontres, les comités interministériels n'ont pas pour fonction d'accélérer le processus de prise de décisions au Ministère.

UNE INITIATIVE DE DURÉE LIMITÉE

La Stratégie canadienne antidrogue est une initiative de durée limitée. Toutefois, comme une part importante des fonds qui lui sont affectés servent à financer des programmes qui bénéficiaient auparavant de fonds prévus au budget A, la fin de la Stratégie ne signifie pas automatiquement la fin des programmes qui en font partie. Qui plus est, certains programmes officiellement mis en oeuvre dans le cadre de la Stratégie sont financés à l'aide de fonds provenant du budget A; cette remarque, toutefois, ne s'applique pas aux programmes de Santé Canada. La plupart des programmes jouissent, pour une part du moins, d'une source de financement continue; très peu de programmes sont entièrement financés dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue.

Quand les ressources se font rares comme maintenant, les initiatives de durée limitée sont un moyen plus populaire de financer des programmes. En théorie, le fait de mettre en place des programmes de durée limitée permet au gouvernement de s'attaquer à des problèmes particuliers sans avoir à prendre d'engagement à long terme à leur égard. Dans le cas de la Phase I de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement tenait à prendre des mesures pour lutter contre des problèmes relatifs à l'alcool et aux drogues perçus comme particulièrement graves au Canada. La Stratégie a été renouvelée pour une deuxième phase parce que les problèmes perduraient, que l'approche équilibrée sur laquelle elle se fondait était pertinente et qu'il fallait mieux cibler les efforts pour assurer une efficacité maximale. On ne peut à ce stade-ci prédire si la gravité des problèmes relatifs aux drogues qui existent au Canada diminuera au point où il ne sera plus nécessaire d'injecter des fonds spéciaux dans la lutte contre ces derniers. Toutefois, s'il demeure nécessaire de recourir à des initiatives de durée limitée après la Phase II, c'est-à-dire à l'issue de la période de dix ans de mise en oeuvre de la Stratégie canadienne antidrogue, le gouvernement devra déterminer si cette initiative spéciale doit être une initiative de durée limitée, s'il faut l'annuler parce que ce genre d'injection de fonds ne permettra pas d'obtenir des résultats satisfaisants ou s'il faut faire en sorte que la Stratégie bénéficie de fonds provenant du budget A. Les responsables de la Stratégie doivent prévoir qu'il est possible que la Stratégie ne soit pas renouvelée et déterminer comment faire face à une perte substantielle de fonds. Cette diminution du financement pourrait signifier l'effondrement de la Stratégie, et plus spécialement du volet coordination. L'on doit absolument reconnaître que la Stratégie ne dépend pas entièrement de fonds additionnels. Grâce à différents autres moyens, la Stratégie pourrait continuer d'exister même si elle perd les fonds qui lui sont actuellement alloués en qualité d'initiative de durée limitée.

COUPURES BUDGÉTAIRES

Les coupures dont font l'objet les budgets des ministères depuis quelques années ont eu une incidence sur certains programmes de Santé Canada. Pour être juste, une évaluation doit tenir compte des fonds effectivement affectés à un programme. Il serait injuste, en effet, d'évaluer un programme en présumant qu'il a reçu un certain montant quand, en fait, il n'a reçu que la moitié des fonds qui devaient lui être affectés.

Dans le cas de la Stratégie canadienne antidrogue, la question des coupures budgétaires est complexe. Comme de nombreux programmes reçoivent à la fois

des fonds provenant du budget A et des fonds alloués à la Stratégie, déterminer les effets des coupures est un exercice difficile, voire arbitraire; le simple fait de décrire une coupure comme ayant été faite dans la portion des fonds provenant du budget A ou dans l'autre portion provenant des fonds alloués à la Stratégie est un exercice arbitraire. Pour ce qui est de l'efficacité de certains programmes, ce qu'il importe de souligner c'est que certains d'entre eux ont disposé de moins de fonds que prévu. La Stratégie devait, pour certains programmes, entraîner une amélioration grâce à l'injection de nouveaux fonds. Néanmoins, si les fonds provenant du budget A sont coupés, tout avantage pouvant résulter d'une injection de fonds provenant de la Stratégie se trouve annulé. Il importe d'évaluer le rendement d'un programme en tenant compte des coupures dans les fonds alloués, autant les fonds provenant du budget A que les fonds provenant d'une affectation spéciale à une initiative de durée limitée.

«Double Joepardy»

La façon dont les ministères gèrent les coupures budgétaires fait l'objet de controverse. Une question souvent soulevée est la suivante : est-ce que les stratégies devraient être à l'abri des coupures budgétaires? D'un certain point de vue, cela ne fait aucune différence : une coupure est une coupure, quel que soit le budget auquel elle est appliquée. En fin de compte, moins d'argent est mise à la disposition d'un programme. Toutefois, des coupures dans les fonds alloués à une initiative de durée limitée posent un problème que certains ministères qualifient de «double joepardy». Dans une rapport de Santé Canada sur les stratégies nationales depuis mars 1994, la situation est décrite ainsi :

> Le Ministère fait face à une situation de «double joepardy» quand les fonds d'une stratégie sont inclus dans le budget où il doit faire des coupures; or, ces fonds ne sont pas traités de la même façon que les fonds du Ministère au moment du renouvellement. Si un programme de durée limitée n'est pas renouvelé, les niveaux de référence du Ministère sont réduits d'un montant équivalant aux fonds alloués au programme de durée limitée, tel qu'approuvé au départ, que ce programme ait fait l'objet d'une réduction de fonds ou non. Les conséquences de cette politique du CT sont les suivantes :
>
> - l'inclusion des programmes de durée limitée dans le budget A aux fins du calcul des réductions ministérielles, additionnée à une politique de «plein recouvrement», crée une situation de «double joepardy» pour les ministères qui, pour quelque raison, font porter le poids de certaines coupures sur des programmes de durée limitée;
> - pour éviter la situation décrite ci-dessus, les ministères pourraient être contraints de faire porter tout le poids des réductions sur les programmes permanents, ce qui se traduirait par des réductions indues, bien supérieures aux niveaux visés par les coupures proposées.

En termes très généraux, les deux risques auxquels sont exposés les ministères se résument ainsi : dans un premier temps, ils risquent que le ministère des Finances demande au Conseil du Trésor d'opérer des coupures dans leurs budgets de programmes; dans un second temps, ils risquent de perdre tous les fonds alloués au départ, conformément à la décision rendue par le Conseil du Trésor, au moment où l'initiative prendra fin. Au premier coup d'oeil, il

semblerait donc que lorsqu'un programme fait l'objet de coupures budgétaires, y compris de coupures dans les ressources fournies par une stratégie, le non-renouvellement d'un programme de durée limitée entraîne une perte supérieure à la perte de l'allocation originale, c'est-à-dire la perte de cette allocation et de toutes les ressources perdues à cause d'une réduction générale du budget. En pareil cas, la perte subie par le ministère est supérieure à la seule perte de l'allocation reçue au titre d'une stratégie. En conséquence, le fait de participer à une stratégie de durée limitée se traduit par un passif pour le ministère concerné; on peut donc s'attendre que les ministères en viendront à être peu intéressés à prendre part à des initiatives de durée limitée.

Il reste, toutefois, à déterminer l'ampleur du danger. Les représentants du Conseil du Trésor ont confirmé lors d'entrevues que le ministère des Finances a bel et bien l'intention de faire en sorte que les fonds alloués aux initiatives de durée limitée soient incluses dans la base de calcul des coupures budgétaires. Toutefois, ils ont aussi souligné que les ministères ont pu bénéficier de mesures de redressement pour les coupures dans les subventions et contributions des programmes de durée limitée. Aucune mesure semblable n'a été prévue jusqu'ici pour les fonds de fonctionnement et de gestion qui ont fait l'objet de coupures, mais le Conseil est conscient du problème et il essaie de le corriger. Il s'agit là d'un problème budgétaire complexe, ont-ils précisé.

En conséquence, bien que le problème du «double jeopardy» soit réel, il n'est pas aussi grave que certains le prétendent, à cause des mesures de redressement prises à l'égard des budgets de subventions et contributions.

Transfert de fonds

Il peut arriver que des fonds alloués au départ à une stratégie finissent par être utilisés à d'autres fins. Si les fonds alloués à une stratégie ne constituent pas un poste budgétaire distinct (comme cela semble être le cas pour la Stratégie canadienne antidrogue, à en juger du moins par le Budget principal, Partie III), ou, en d'autres termes, si les fonds alloués à une stratégie sont traités par le ministère de la même façon que les fonds du budget A, il peut facilement arriver qu'ils soient utilisés à d'autres fins que celle pour laquelle ils ont été alloués. La Stratégie canadienne antidrogue est plus à risque que les autres à cet égard, étant donné qu'une bonne part de son budget sert au versement de fonds additionnels à des programmes en place. Quand les gestionnaires transfèrent des fonds du budget A d'un programme à un autre dans le cours normal des choses, il peut facilement arriver que des fonds alloués à la Stratégie canadienne antidrogue soient transférés par la même occasion. Un tel transfert de fonds peut aboutir aux conséquences suivantes : premièrement, les visées du Conseil du Trésor concernant l'utilisation des fonds ne sont pas respectées, et, deuxièmement, l'efficacité de la Stratégie peut diminuer. Au cours de périodes prolongées de compressions budgétaires, même une stratégie dont le financement ne peut faire l'objet de coupures peut être «dévalisée» et donc devenir moins efficace, si des fonds qui lui sont alloués sont transférés à d'autres programmes et si des fonds alloués dans le budget A à des programmes qu'elle soutient sont diminués. L'évaluation finale, qui devrait être terminée en 1997, déterminera si la Stratégie canadienne antidrogue a été mise en oeuvre de façon moins efficace à cause de coupures ou de transferts de fonds.

Dépenses à ce jour

On trouvera dans les tableaux qui suivent un relevé des dépenses réelles et prévues dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, tel qu'il a été possible de les déterminer en collaboration avec des représentants de la Direction générale au cours du présent examen à mi-parcours. Les écarts entre les chiffres figurant dans le budget de départ et les dépenses effectives s'expliquent par les coupures, les transferts de fonds alloués à la Stratégie mais utilisés à d'autres fins et les ressources inutilisées. On notera que les chiffres sont présentés en milliers de dollars, s'appliquent à l'ensemble de la Direction générale et ne sont pas ventilés par direction ou division ou selon l'utilisation (salaires, dépenses non salariales, subventions et contributions, etc.). Les chiffres du budget de départ sont ceux qui figurent dans le Mémoire au Cabinet et les chiffres fournis pour les dépenses réelles ou prévues ont été fournis par les Directions générales.[3] Enfin, ces chiffres valent pour la période antérieure au budget fédéral de février 1995 et ne tiennent pas compte des conséquences de ce dernier.

Direction générale des programmes et des services de santé

Année	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97
Budget initial	13 500	18 000	18 000	16 500	16 500
Coupures, fonds inutilisés, transferts	2 026,5	3 243,6	4 173	3 032	2 197
Dépenses réelles	11 473,5	14 756,4	13 827	13 468	14 303

Direction générale des services médicaux

Année	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97
Budget initial	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500
Coupures, fonds inutilisés, transferts	-	-	-	-	-
Dépenses réelles	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500

Direction générale de la protection de la santé

Année	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97
Budget initial	170	3 370	3 370	3 370	3 370
Coupures, fonds inutilisés, transferts	0	1 539	s/o	s/o	s/o
Dépenses réelles	170	1 831	s/o	s/o	s/o

Réponses possibles

Le cadre d'évaluation de la Stratégie canadienne antidrogue citait trois catégories d'objectifs pour la Stratégie, dont la dernière était décrite comme celle des mécanismes d'amélioration des programmes. Cette troisième catégorie, comme il sied de l'appeler, incluait des améliorations au niveau du choix des groupes cibles, de la coordination, de l'information et des ressources. Les suppléments budgétaires étaient cités comme l'un de quatre moyens pouvant permettre d'améliorer les programmes. Soulignons que ce moyen n'est pas considéré comme plus important que les autres mécanismes d'amélioration du rendement des programmes. En général, la diminution du recours à l'un de ces mécanismes devrait être compensée par l'augmentation du recours aux trois autres. En conséquence, la diminution des suppléments budgétaires devrait être compensée par de nouvelles améliorations au niveau du choix des groupes cibles, de la coordination et de l'information.

Dans les chapitres précédents, et plus particulièrement dans celui sur la coordination, on indique qu'il y aurait sans doute lieu de favoriser ce genre de mesures de compensation. On pourrait, pour commencer, améliorer la coordination touchant le financement lui-même. Ainsi, pour certains programmes mis en oeuvre dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue, des fonds étaient restés inutilisés à l'issue des deux premières années de la Phase II. Si on assurait une coordination plus astucieuse des ressources, on pourrait entre autres veiller à un partage entre les différentes directions générales des fonds devant être alloués à la Stratégie et inutilisés, plutôt que de laisser ces fonds inutilisés.

Liens interstratégies

Une forme plus osée de coordination des ressources supposerait des liens entre les stratégies connexes ou entre les grandes initiatives. Les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues sont souvent accompagnés d'autres problèmes que Santé Canada s'emploie à corriger et qui ont trait à la violence familiale, au sida, à l'alimentation, à la santé mentale, au bien-être des enfants, etc. Les liens entre ces problèmes et les programmes qui visent à les éliminer se prêtent à la mise en place de mesures profitables pour l'ensemble des programmes. Qui plus est, un déterminant de l'approche à l'égard de chacun de ces problèmes met en lumière les similarités entre les déterminants de la santé qu'un seul programme

permet de prendre en compte. On reviendra sur ce point dans le prochain chapitre.

Financement futur

Le budget fédéral de février 1995 indiquait qu'il était possible, voire probable, que la Stratégie canadienne antidrogue prenne fin en 1997. Le cas échéant, tous les programmes, sauf ceux de la Direction générale des services médicaux dont le financement est protégé, seront touchés. Cette possibilité et les considérations examinées dans le prochain chapitre obligeront le Ministère et les responsables de la Stratégie à redéfinir le rôle de Santé Canada et du gouvernement fédéral dans le domaine des programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Chapitre 6
Environnement de la Stratégie canadienne antidrogue

Le cadre d'évaluation de 1992 de la Stratégie canadienne antidrogue laissait la porte ouverte à des rapports sur des questions débordant le cadre d'évaluation lui-même, qui se limitait, aux fins du présent examen à mi-parcours, aux quatre mécanismes d'amélioration des programmes. Un certain nombre de changements importants ont eu cours dans l'«environnement» de la Stratégie et ces changements méritent d'être pris en compte par les responsables de la Stratégie au sein de Santé Canada. Certains de ces changements concernent l'environnement politique à l'intérieur duquel la Stratégie s'insère, d'autres concernent les changements survenus au niveau provincial, et d'autres, enfin, ont trait aux torts causés par les drogues dont sont victimes les Canadiens. Si cette question est abordée ici, ce n'est pas pour porter un jugement sur l'efficacité avec laquelle la Stratégie a atteint ses objectifs en matière de réduction des torts, mais bien pour donner une indication, avant la production de l'évaluation finale, des problèmes sur lesquels devraient se pencher les responsables de la Stratégie à Santé Canada.

RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les préoccupations au sujet des coûts du système de soins de santé et de leur contribution aux déficits fédéral et provinciaux ont incité les gouvernements à entamer une réforme du système afin d'obtenir une réduction des coûts. Les activités au palier fédéral incluent le Forum national sur la santé et la contribution de ce dernier aux travaux du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population ainsi qu'à ceux menés à Santé Canada par un large éventail de groupes de travail sur cette question. Les provinces se sont attaquées à la question individuellement et de concert par l'entremise de forums tels que celui offert par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial. Bon nombre ont commencé à modifier leur mode de prestation des soins de santé, selon des procédés qui ont parfois une incidence sur la Stratégie canadienne antidrogue.

Changements au niveau provincial

Au cours des dernières années, bon nombre d'organismes provinciaux autonomes du secteur des toxicomanies ont été dissous et leurs fonctions confiées au ministère provincial de la Santé. Certains représentants des services provinciaux de lutte contre les toxicomanies considèrent que ces transferts indiquent qu'on accorde moins d'importance à leur travail et à leur clientèle, tandis que d'autres estiment que ces transferts sont le résultat forcé de l'assimilation des problèmes liés à l'alcool et aux drogues à des problèmes de santé. Quelles que soient les causes de ces changements organisationnels, qui ont eu cours dans toutes les provinces et tous les territoires sauf l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario[4], ils se sont traduits par une certaine rupture dans les services offerts ainsi que par des changements au niveau du personnel, avec pour conséquence des problèmes de communication non seulement entre les instances fédérales et provinciales, mais aussi entre les provinces. On ne sait pas toujours à qui on doit s'adresser au palier fédéral comme au palier provincial. Cet état de choses a évidemment une incidence sur la coordination des efforts, puisqu'il est à toutes fins utiles impossible d'assurer une bonne coordination sans communication entre les partenaires. Au moment où les entrevues ont eu lieu, bon nombre de personnes rejointes, y compris des représentants de Santé

Canada, ont signalé qu'il y avait de la confusion dans leur esprit au sujet des représentants de certaines provinces dans le secteur des toxicomanies.

Non seulement le transfert des responsabilités dans le secteur des toxicomanies aux ministères de la Santé a entraîné des problèmes de communication, mais la réforme du système de santé a eu le même effet. Cette réforme inclut le transfert de certaines responsabilités et de certains pouvoirs aux régions ou districts dans certaines provinces, le but étant d'obtenir que les programmes offerts soient davantage en accord avec les besoins communautaires. À mesure que s'opère le transfert vers les régions ou districts, les autorités provinciales perdent une part de leurs pouvoirs. En fait, certains représentants provinciaux interrogés ont indiqué qu'ils craignaient que certaines régions choisissent de ne pas offrir de programmes de lutte contre les toxicomanies. D'autres signalaient qu'il est devenu difficile de savoir qui, des représentants du ministère de la Santé ou des représentants des régions ou districts, sont les porte-parole des provinces dans ce secteur. De plus, il peut être difficile de savoir si une autorité peut représenter les provinces qui ont régionalisé leurs services dans le secteur des toxicomanies ou si ces provinces ont une politique globale dans ce domaine. Les responsabilités sont parfois réparties entre de nombreux bureaux, et il est souvent difficile pour les représentants de la Stratégie de trouver qui est le porte-parole de la province sur des questions précises relatives aux toxicomanies.

Les conséquences à l'égard des politiques nationales sont claires : si le gouvernement fédéral souhaite que les provinces et les territoires soient ses partenaires dans l'élaboration des politiques nationales ou dans la conception des programmes nationaux, il peut se révéler plus difficile pour lui de déterminer qui sont les partenaires à rejoindre que cela ne l'était avant que les services de lutte contre les toxicomanies ne soient amalgamés aux ministères de la Santé et avant que la réforme du système de santé ne soit entamée. Il ne s'agit pas seulement de savoir qui a le pouvoir d'élaborer des politiques, mais aussi de déterminer qui il faut rejoindre, qui peut prendre la parole au nom des provinces. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a créé un groupe de travail fédéral-provincial sur la politique en matière d'alcool et de drogues; ce groupe pourra peut-être contribuer à atténuer ce problème.

CHANGEMENT D'ORIENTATION À SANTÉ CANADA

Depuis la réorganisation du gouvernement en 1993, qui s'est traduite par l'abolition de Santé et Bien-être social Canada, Santé Canada s'est donné un nouveau mandat et un cadre stratégie pour l'accomplir. L'énoncé de vision adopté par le Ministère est le suivant :

> **La vision de Santé Canada est celle d'un système de santé national renouvelé qui est fondé sur une approche axée sur les déterminants de la santé et qui assure un accès universel à des soins de santé appropriés et efficaces par rapport aux coûts.**
>
> **Cette vision s'appuie sur un leadership et des partenariats nationaux en matière de santé ainsi que sur des conseils judicieux et des mesures opportunes.**

Cet énoncé général s'applique à toutes les activités de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue comme à l'ensemble de ses autres activités. Au fins de l'examen à mi-parcours, il importait de s'interroger sur l'incidence de cette vision sur la mise en oeuvre de la Stratégie ainsi que sur les mesures prises par les responsables de la Stratégie pour prendre en compte cette vision. Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue n'a toujours pas défini sa position à ce sujet. Quelle que soit cette position, toutefois, elle prendra sans doute en compte les éléments discutés ci-après.

Déterminants de la santé

Un déterminant de la santé est une cause qui, de concert avec d'autres normalement, produit un état de santé particulier, chez une personne ou dans une population. Cet état de santé peut se situer n'importe où le long d'un spectre allant de pauvre à excellent. Les déterminants sont neutres à cet égard. La détermination des facteurs qui causent certains états de santé est une question empirique à laquelle on ne peut répondre qu'à l'aide de recherches empiriques. Il ne s'agit pas d'une question idéologique.

Normalement, les déterminants se présentent en groupe et il n'est pas rare qu'ils agissent les uns sur les autres. On a souvent affaire à des «chaînes de déterminants», c'est-à-dire à des chaînes de causes qui, ensemble, produisent un état de santé particulier. En conséquence, on ne devrait pas parler DU déterminant de la santé ou, sans autres précisions, du plus important déterminant de la santé. En tant qu'élément causal, chaque déterminant d'une chaîne joue un rôle actif dans la production d'un état de santé donné. Un changement dans la chaîne se traduit par un résultat différent. Les déterminants peuvent être positifs ou négatifs, en ce sens qu'ils peuvent induire un état de santé positif ou un état de santé négatif. Et des déterminants positifs et négatifs peuvent se retrouver dans une même chaîne.

Pourquoi se préoccuper des déterminants de la santé?

Parce que normalement les déterminants agissent de concert ou se présentent en chaîne, dont tous les éléments peuvent être aussi importants les uns que les autres, les interventions visant à améliorer l'état de santé peuvent être inefficaces si l'on néglige de prendre en compte un seul des éléments de la chaîne. C'est ainsi qu'un programme peut se révéler inefficace ou moins efficace qu'il n'aurait pu l'être et que des ressources précieuses sont gaspillées.

Un exemple classique de cet état de choses est fourni par le mouvement en faveur d'une saine politique publique et la place accordée par la suite aux déterminants de la santé. L'histoire va à peu près comme suit. Au début des années 1970, les gouvernements espéraient obtenir une vaste amélioration des résultats obtenus sur le plan de la prévention des maladies en veillant à ce que les comportements des gens sur le plan de la santé changent. La promotion de la santé, en ce qui a trait plus particulièrement au marketing social, a fini par être considérée comme un moyen efficace d'améliorer la santé d'une population et de nombreux programmes ont été créés dans cette optique. Toutefois, ces programmes n'ont pas été aussi efficaces qu'on l'avait espéré auprès de certaines sous-populations, et l'examen des raisons de cet état de choses a révélé qu'il existait d'autres déterminants de la santé que le mode de vie ou les comportements individuels et que ces déterminants remettaient largement en

question le potentiel des efforts de marketing social. Certains de ces nouveaux déterminants était de nature socio-économiques.

La leçon à tirer de cette expérience est la suivante : les interventions d'un gouvernement ne peuvent pas être efficaces si elles ne prennent en compte que quelques-uns des éléments d'une chaîne. Pour ce qui est du mode de vie ou des comportements sur le plan de la santé, ces facteurs sont bien sûr des déterminants de la santé, mais ils ne sont que des éléments parmi d'autres le long d'une chaîne, dont ils constituent les derniers maillons. Si l'on remonte la chaîne, on découvre ce qui détermine le mode de vie, et cette cause peut avoir une incidence sur l'efficacité d'une intervention visant le mode de vie pour une population ou différentes sous-populations. Certains des programmes que met en oeuvre Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue s'attaquent à des éléments considérés comme des causes profondes des problèmes de toxicomanie. On peut citer ici à titre d'exemple les programmes qui visent à rehausser l'estime de soi chez les jeunes. L'idée de base est la suivante : le message diffusé dans des programmes tels que le programme «Drogue, pas besoin» ne peut être efficace auprès des jeunes qui n'ont pas assez d'estime d'eux-mêmes pour tenir tête à leurs pairs; en les aidant à acquérir cette estime d'eux-mêmes qui leur manque, on leur donne les moyens de résister à la pression des pairs ou aux influences négatives.

Une approche axée sur les déterminants

Une approche axée sur les déterminants de la santé est donc une approche fondée sur la réalité, qui a pour objet de mettre en place des interventions qui permettent d'améliorer la santé de populations et qui prennent en compte l'ensemble des déterminants de l'état de santé des populations visées. Il y a de nombreux moyens d'utiliser cette approche. Ces moyens incluent évidemment le choix des bons groupes cibles. Toutefois, il y a un autre moyen plus subtil, mais justifié sur le plan historique, d'utiliser cette approche, en vue de vérifier l'utilité d'une intervention possible. Les choses se passent ainsi. Il s'agit, pour n'importe quelle intervention visant un déterminant de la santé en particulier, de se demander si son efficacité ne sera pas minée par l'action de déterminants situés plus en amont sur la chaîne des déterminants. Si la réponse est non, toutes choses étant par ailleurs égales, on peut aller de l'avant. Si la réponse est oui, par contre, on doit ou concevoir une intervention qui prenne en compte cet autre déterminant spécifiquement ou, si cela est impossible, déterminer la valeur de l'intervention originale sur le plan coût-efficacité et déterminer s'il faut aller de l'avant ou renoncer à l'intervention. L'approche axée sur les déterminants peut aussi être utilisée comme outil de contrôle des coûts ou comme outil de conception de programmes efficaces.

Les déterminants de la santé dans le cadre d'autres stratégies

La réflexion actuelle sur ce que sont les principaux déterminants de la santé indique qu'il y a convergence de ces déterminants à l'égard de différents problèmes de santé dont Santé Canada se préoccupe généralement, ou, pour certains, dans le cadre de programmes de durée limitée. On observe une concentration de bon nombre des problèmes associés à un mauvais état de santé chez les gens à faible revenu, peu scolarisés, appartenant à des groupes visés par des taux de chômage élevés, et ainsi de suite. On en vient à conclure qu'un revenu faible et les autres conditions sont d'importants déterminants d'un état de

santé relativement mauvais, déterminants qui se traduisent par des comportements nocifs sur le plan de la santé, tels que : tabagisme, toxicomanie, violence familiale, dépendance au jeu, mauvaises habitudes alimentaires, pour ne citer que ces exemples. Si on oublie les détails, le fait est que l'approche axée sur les déterminants de la santé indique que bon nombre de comportements malsains et de facteurs induisant un mauvais état de santé s'enracinent dans les mêmes causes. Cette approche prêche en faveur d'interventions visant tous ces problèmes connexes, rattachés les uns aux autres du fait qu'ils ont des causes communes.

Cette constatation n'a rien de surprenant. Nous savons depuis longtemps que bon nombre de programmes visent les mêmes groupes cibles, et que ce sont souvent les mêmes personnes qui sont desservies par les services d'aide aux toxicomanes, d'aide aux chômeurs et d'aide aux personnes aux prises avec un problème de violence familiale. L'approche axée sur les déterminants de la santé invite à éliminer les divisions entre certains problèmes de santé qui s'enracinent dans des causes communes ou du moins à s'interroger sur le fait que différents programmes visent les mêmes clientèles. Chose certaine, l'approche axée sur les déterminants de la santé invite à une plus grande coordination des programmes qui visent les mêmes groupes cibles, si ce n'est à une refonte complète des programmes (qui visent davantage des populations que des problèmes), voire à une amalgamation de ces programmes. Cette remarque s'applique autant aux initiatives pluriministérielles de durée limitée qu'aux programmes isolés.

TORTS CAUSÉS AUX PERSONNES PAR LES PROBLÈMES RELIÉS AUX DROGUES

La Stratégie canadienne antidrogue a été créée en 1987 pour faire obstacle à l'augmentation perçue de la gravité des problèmes reliés aux drogues au Canada. Le cadre de 1992 décrivait un éventail de torts que la Stratégie devait permettre de réduire. L'un d'eux était la décès prématuré. Les paragraphes qui suivent présentent des données sur la mortalité pour la période allant de 1987 à 1992, soit la dernière année pour laquelle Statistique Canada dispose de données. Ces données ne justifient aucun optimisme et il serait important que les responsables de la Stratégie canadienne antidrogue les prennent sérieusement en compte. Elles sont présentées à titre de facette importante de l'environnement de la Stratégie, et non parce qu'elles sont en elles-mêmes un indicateur de l'efficacité de la Stratégie canadienne antidrogue ou du rôle joué par Santé Canada dans le cadre de cette dernière.

DÉCÈS DUS À UNE SURDOSE DE DROGUE AU CANADA, 1987-1992

Type de drogue	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Opiacés	56	55	58	82	133	148
Cocaïne	59	80	99	65	92	78
Barbituriques	45	34	34	29	30	29
Alcool	120	116	112	110	155	178
Tranquillisants	27	20	24	23	17	15

Bien que ces données de Statistique Canada indiquent que l'incidence des décès par surdose de barbituriques et de tranquillisants à base de benzodiazépine diminue lentement, les tendances pour ce qui est des opiacés, dont l'héroïne est le représentant le plus répandu, la cocaïne et l'alcool sont cause de préoccupation. Depuis la création de la Stratégie antidrogue en 1987 jusqu'en 1992, les décès dus à l'héroïne ont augmenté de 265 %, les décès dus à la cocaïne de 32 %, et les décès dus à l'intoxication alcoolique de 48 %. (On notera que les surdoses comptent pour un faible pourcentage des décès attribuables à l'abus d'alcool; il faut toutefois prendre en compte les cirrhoses du foie, la conduite avec facultés affaiblies et les actes violents.) Quelles que soient les causes de ces tendances, elles montrent que la Stratégie canadienne antidrogue n'atteint toujours pas son objectif de réduction des décès prématurés causés par ces drogues. Son approche générale, fondée sur la réduction des torts, devrait s'appliquer à toutes les causes de ces tendances préoccupantes dans la mortalité reliée aux drogues.

Décès reliés aux drogues en Colombie-Britannique

Les données présentées ci-avant ne donnent pas une idée juste de la gravité de la situation parce qu'elles ne vont pas au-delà de 1992. Or, une province comme la Colombie-Britannique a connu depuis 1992 une augmentation fulgurante des décès par surdose. Pour cette province seulement, les chiffres sont ahurissants, comme en fait foi le tableau suivant :

Type de drogue	Nombre de décès
Héroïne	298
Cocaïne	106
Alcool	145
Total	549

Cette situation a l'heur d'étonner et on peut sans exagérer la qualifier de crise, le nombre de décès par surdose marquant une très nette augmentation par rapport aux chiffres des années précédentes. Au moment où ce rapport a été préparé, rien d'officiel n'était prévu dans le cadre général de la Stratégie canadienne antidrogue pour faire face à la situation en Colombie-Britannique. Pour les responsables de la Stratégie, ce sont les autorités provinciales compétentes qui ont le pouvoir d'agir, du moins tant que la province ne demande pas au gouvernement fédéral d'intervenir. Voilà pourquoi le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue attend pour prendre des mesures que la province de la Colombie-Britannique indique clairement qu'elle souhaite une intervention de sa part. Il y a eu des discussions préliminaires entre des représentants de la province et Santé Canada concernant l'autorisation des traitements d'entretien à la méthadone par les médecins, mais jusqu'ici aucune demande spécifique d'intervention n'a été formulée et rien d'autre que ces discussions préliminaires n'a été fait.

Par le passé, le Ministère est déjà intervenu dans des provinces aux prises avec une situation de crise. Ces dernières années, il est intervenu rapidement et efficacement pour faire face à diverses menaces : moules avariées, raisins importés contaminés, catastrophes naturelles telles que la tornade à Edmonton. On pense tout suite à la célérité avec laquelle agissent la Division des services d'urgence de la Direction générale des services médicaux et les services connexes qui existent dans d'autres ministères et d'autres gouvernements et qui sont aussi chargés de prendre des mesures lorsque surviennent certaines situations d'urgence au Canada. On serait sans doute en droit de s'attendre à ce que des services semblables existent pour faire face aux situations d'urgence dans le secteur des toxicomanies, puisque les torts causés par les toxicomanies peuvent être très graves.

Il semble bien, toutefois, que le gouvernement fédéral n'a pas de plan pour faire face, seul ou de concert avec les provinces, aux situations d'urgence dans le secteur des toxicomanies. Qui plus est, comme nous l'avons déjà signalé, depuis le démantèlement du Comité consultatif fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, aucun organisme n'a clairement la responsabilité d'assurer une coordination des activités fédérales-provinciales relatives aux drogues, y compris lorsqu'une situation spéciale ou d'urgence se pose. La situation en Colombie-Britannique pose un défi aux partenaires de la Stratégie canadienne antidrogue, dont les liens doivent inclure une collaboration fédérale-provinciale et qui doivent être capables d'agir de concert lorsque les circonstances le requièrent.

Sans être confinés à Vancouver, la plupart des décès par surdose sont survenus dans cette ville. Le problème se limite donc à une région relativement petite, qui pourrait devenir une région type pour la mise à l'essai de l'approche axée sur la réduction des torts, si jamais on demandait au gouvernement fédéral d'intervenir. La situation en Colombie-Britannique se prête bien à l'application d'une approche axée sur la réduction des torts. On notera, cependant, que Vancouver n'est pas la seule ville où on a observé récemment des taux élevés de décès par surdose. Toronto et Montréal ont aussi, récemment, fait face à des augmentations importantes du nombre des décès par surdose, mais à un degré moindre. Sans un plan clair ou une structure organisationnelle pertinente, il semble que les partenaires fédéraux-provinciaux doivent s'efforcer de définir le contenu de l'approche axée sur la réduction des torts causés par les toxicomanies ainsi que l'action du gouvernement fédéral et l'action conjointe des instances fédérales-provinciales en situation requérant des mesures spéciales.

Notes

1. Des entrevues ont été menées auprès de 64 représentants de la Stratégie canadienne antidrogue à Santé Canada. Parmi eux, on comptait des représentants de chacune des Directions générales ainsi que du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue et des bureaux régionaux. Des agents de programme, des gestionnaires ainsi que des directeurs et des directeurs généraux ont été interrogés. Les deux groupes de réflexion réunissaient vingt représentants de Santé Canada.

   Ont aussi été interviewés des représentants de chaque organisme provincial et territorial de lutte contre les toxicomanies.

2. Aux fins de l'évaluation interministérielle, deux groupes de travail ont été mis sur pied. Le groupe de travail chargé de l'évaluation se compose d'agents d'évaluation de chacun des ministères qui participent à la Stratégie canadienne antidrogue, ainsi que de représentants du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, de la Direction générale des programmes du Conseil du Trésor et de la Division de la revue gouvernementale et des services de qualité du Conseil du Trésor. Quant au groupe de travail sur les programmes, il a pour mandat de fournir des conseils aux évaluateurs sur des questions de fait et de servir de point de contact avec la Stratégie canadienne antidrogue. Il se compose de responsables de programmes au sein de chacun des ministères participants.

3. Les données pour la Direction générale de la protection de la santé sont incomplètes puisqu'on ne sait pas si les fonds d'abord destinés à l'ancienne Direction des opérations régionales pour les activités d'analyse de drogues ont effectivement servis à cette fin. Nous n'avons pu éclaircir cette question au cours du présent examen. Les chiffres fournis pour ce qui est des dépenses au titre des activités d'analyse de drogues supposent que tous ces fonds ont été reçus et utilisés à cette fin. Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres pour la période postérieure à 1993-1994 pour cette Direction générale.

4. En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie existe toujours en qualité d'organisme de recherche spécialisé. Toutefois, cet organisme relève maintenant du ministère de la Santé.

Colombie-Britannique (1994). **Drug Overdose Deaths in British Columbia**. Victoria.

EKOS Research (1993). **Évaluation du Centre canadien de la lutte contre les toxicomanes**, Ottawa.

Evans, Robert et al (eds.) (1994). **Why Are Some People Healthy and Others Not?** De Gruyter, New York.

Santé Canada (1991). **Stratégie canadienne antidrogue - Consultations 1991**, Ottawa.

Santé Canada (1992). **Stratégie canadienne antidrogue - Phase II**, Ottawa.

Santé Canada (1994). **Livre bleu sur la Stratégie canadienne antidrogue**. (Préparé par le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue), Ottawa.

Santé Canada (1994a). **Stratégie canadienne antidrogue : Phase II, situation actuelle : relevons le défi**, Ottawa.

Santé Canada (1994b). **Évaluation du Programme national de recherche et de développement en matière de santé**, Ottawa.

Santé Canada (1994c). **In the Know: Information Synthesis and Dissemination Project: Analysis of Questionnaire Results and Suggestions for Change**. Préparé pour l'Unité des programmes de l'alcool et des autres drogues, Ottawa.

Single, Eric (1994). **Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues**, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Ottawa.

Statistique Canada (1994). **Rapports sur la santé - Causes de décès**, Ottawa.